

**Zmluva č. 3005NSP1000113  
o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

uzatvorená podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov

**Článok I  
Zmluvné strany**

**Union zdravotná poisťovňa, a. s.**

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riaditeľka sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti, revízií a programov zdravia  
so sídlom: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava  
IČO: 36 284 831  
DIČ: 2022152517  
bankové spojenie: Štátna pokladnica  
číslo účtu: 7 000 256 518 / 8180  
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518  
BIC: SUBASKBX  
označenie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 3832/B, právna forma: akciová spoločnosť  
kód Union zdravotnej poisťovne, a. s.: 27  
(ďalej len „zdravotná poisťovňa“)

a

**NsP Nové Mesto nad Váhom, n.o.**

zastúpený: MUDr. Miroslav Šorf, CSc., riaditeľ  
so sídlom: M. R. Štefánika 1, 915 01 Nové Mesto nad Váhom  
IČO: 36119369  
identifikátor poskytovateľa (prvých šesť znakov kódu poskytovateľa): P86027  
označenie registra: OR NO, Obvodný úrad Trenčín  
(ďalej len "poskytovateľ")  
(spoločne aj „zmluvné strany“)

**Článok II  
Preambula**

Zdravotná poisťovňa na základe § 7 ods. 4 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovila a uverejnila na úradnej tabuli a na svojej internetovej stránke kritériá na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „zmluva“). Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti vyhlasuje, že poisťovňou stanovené a zverejnené kritériá splnil, čo potvrdzuje podpisom tejto zmluvy.

**Článok III  
Predmet (rozsah) zmluvy**

- 3.1. Predmetom tejto zmluvy je dohodnutie podmienok poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom zdravotnej poisťovne, poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poistenec“), rozsahu zdravotnej starostlivosti, výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť a jej splatnosti a úprava vzťahov vznikajúcich z tejto zmluvy medzi zmluvnými stranami.
- 3.2. Poskytovateľ sa zaväzuje poskytovať zdravotnú starostlivosť poistencom zdravotnej poisťovne na základe platného povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia (ďalej len „povolenie“), vydaného orgánom príslušným na jeho vydanie, v tejto zmluve dohodnutom rozsahu zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1, ktorá tvorí neoddeliteľnú prílohu tejto zmluvy.
- 3.3. Zmluvné strany sa dohodli, že výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah je dohodnutý v prílohách č. 2a až 2b, ktoré tvoria neoddeliteľnú prílohu tejto zmluvy.

**Článok IV  
Práva a povinnosti zmluvných strán**

4. 1. Zmluvné strany sú pri plnení predmetu zmluvy povinné v súvislosti s plnením predmetu tejto zmluvy dodržiavať nižšie uvedené právne predpisy. V prípade, že sa niektoré ustanovenie stane nevykonateľným v dôsledku zmeny právnej úpravy, alebo bude v rozpore so všeobecne záväznými právnymi predpismi, na právne vzťahy upravené v tejto zmluve sa použijú ustanovenia právnych predpisov. Zmluvné strany sa zaväzujú vyvinúť maximálne úsilie za účelom odstránenia nesúladow zmluvných dojednaní v dôsledku zmeny právnej úpravy uzatvorením dodatku k tejto zmluve.

- zákonom č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 579/2004 Z.z. o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov,
- zákonom č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov,
- zákonom č. 18/1996 Z.z. o cenách v znení neskorších predpisov,
- nariadením (ES) Európskeho parlamentu a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia v platnom znení a nariadením Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia v platnom znení,
- nariadeniami vlády, vyhláškami a ostatnými vykonávacími a súvisiacimi predpismi, ktoré sú vydávané na základe všeobecne záväzných právnych predpisov a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti vždy v platnom znení,
- opatrením Ministerstva zdravotníctva SR, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov,
- výnosom Ministerstva zdravotníctva SR o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v platnom znení a
- odbornými usmerneniami, smernicami, metodikami, koncepciami a inými obdobnými predpismi, ktoré na základe všeobecne záväzných právnych predpisov v medziach svojich právomocí vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a/alebo iné ústredné orgány štátnej správy, ktoré sa obvykle zverejňujú vo vestníkoch a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vždy v platnom znení.

4.2. Každá zo zmluvných strán, spravidla do ôsmich dní, najneskôr však v termíne najbližšej fakturácie poskytnutej zdravotnej starostlivosti, písomne alebo prostredníctvom elektronickej podateľne informuje druhú zmluvnú stranu o zmene základných identifikačných údajov, napr. o zmene štatutárneho orgánu, bankového spojenia, identifikačného čísla organizácie, čísla telefónu a čísla faxu, ako aj o zmenách v zozname číselných kódov lekárov (sestier) a číselných kódov ambulancií, o zmenách vo veľkosti úväzkov lekárov (sestier) a ďalších skutočnostiach, ktoré môžu mať vplyv na riadne plnenie tejto zmluvy, a to najmä o zmenách v personálnom a materiálno-technickom vybavení zdravotníckeho zariadenia.

4.3. Zmluvné strany sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, s ktorými prídu do styku pri plnení zmluvy. Za uvedené skutočnosti sa považujú informácie, ktoré jedna alebo druhá zmluvná strana považuje za dôverné, ktoré zodpovedajú definícii obchodného tajomstva podľa príslušných ustanovení Obchodného zákonníka, ako aj osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov. Táto povinnosť trvá aj po ukončení platnosti zmluvy; netýka sa plnenia oznamovacích povinností vyplývajúcich zo všeobecne záväzných právnych predpisov.

4.4. Zmluvné strany sa zaväzujú pri spracovávaní osobných údajov postupovať v súlade so zákonom č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

4.5. Poskytovateľ má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej v súlade s touto zmluvou a s právnymi predpismi podľa bodu 4.1. zmluvy v zmluvne dohodnutej lehote splatnosti. Poskytovateľ zodpovedá za úplnosť, správnosť a pravdivosť vykazovaných údajov o poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

4.6. Poskytovateľ je povinný:

a) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia orgánom príslušným na vydanie povolenia z dôvodu zmeny tých údajov v pôvodnom povolení, ktorých zmena si vyžaduje vydanie nového povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa vykonateľnosti tohto rozhodnutia; predložením nového právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia nedochádza k zmene rozsahu zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zmluvne dohodnutej zdravotnej starostlivosti<sup>1</sup>. Zmena rozsahu zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1 je možná len písomným dodatkom k tejto zmluve podľa článku IX, bodu 9.5. tejto zmluvy,

<sup>1</sup> Uvedené neplatí v prípade, kedy bolo poskytovateľovi vydané nové povolenie so zúženým rozsahom poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

b) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu dokladu o vyznačení zmeny údajov v povolení vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia, ktorých zmena si nevyžaduje vydanie nového povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa právoplatnosti vyznačenia zmeny údajov v povolení,

c) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa jeho vykonateľnosti; v prípade dočasného pozastavenia povolenia nie je poskytovateľ oprávnený vykonávať činnosť, na ktorú bol oprávnený podľa prerušeného povolenia a zároveň mu zaniká právo zdravotnej poisťovni vykazovať a fakturovať výkony zdravotnej starostlivosti odo dňa nadobudnutia účinnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia, s výnimkou fakturácie výkonov, ktoré realizoval pred nadobudnutím právoplatnosti tohto rozhodnutia a kedy spĺňal zákonné podmienky na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,

d) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o zrušení povolenia, vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa jeho vykonateľnosti,

e) overiť si pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti poisťný vzťah poistenca k zdravotnej poisťovni. Ak poistenec nemá preukaz poistenca, alebo ak existuje dôvodná pochybnosť o jeho poisťnom vzťahu, má možnosť overiť si poisťný vzťah na telefónnom čísle Call centra zdravotnej poisťovne 0850 00 33 33 alebo na webovej stránke zdravotnej poisťovne [www.unionzp.sk](http://www.unionzp.sk) (ďalej len „webová stránka zdravotnej poisťovne“),

f) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia prístrojovým vybavením, ktoré je vybavením zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa nad rámec stanoveného minimálneho materiálno-technického vybavenia, predložiť zdravotnej poisťovni kópiu dokladu o jeho vlastníctve alebo prenájme a písomne požiadať zdravotnú poisťovňu o schválenie poskytovania zdravotných výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“) uvedeným prístrojovým vybavením na ambulancii špecializovanej zdravotnej starostlivosti. Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony SVLZ podľa tohto bodu s uvedením kódu odbornosti špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti tvoria prílohu č. 3 tejto zmluvy,

g) vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s nariadením vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia, v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov a v súlade s touto zmluvou; choroby podľa MKCH-10-SK-2013 vykazovať v troj – až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.

h) nevykazovať zdravotnej poisťovni na úhradu také zdravotné výkony a s nimi súvisiace vyšetrenia poistenca, ktoré sú indikované v súvislosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou, ktorá nie je uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia,

i) oznamovať zdravotnej poisťovni k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci na tlačive predpísanom Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti poistencovi v dôsledku preukázaného porušenia liečebného režimu alebo užitia alkoholu alebo inej návykovej látky, ako aj úrazy alebo iné poškodenie zdravia, v súvislosti s ktorými poskytol osobe zdravotnú starostlivosť pri dôvodnom podozrení, že k úrazu alebo inému poškodeniu zdravia došlo zavineným protiprávnym konaním tretej osoby; smrteľné úrazy, ťažké úrazy, hromadné úrazy a choroby z povolania je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný oznamovať všetky bez výnimky,

j) v prípade zmeny poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore stomatológia poistencom po vykonaní preventívnej prehliadky, vyžiadať si od poistenca potvrdenie o vykonaní preventívnej prehliadky u predchádzajúceho poskytovateľa a založiť ho do zdravotnej dokumentácie poistenca.

4.7. Poskytovateľ ambulantnej zdravotnej starostlivosti objednáva u zmluvného poskytovateľa zdravotnej poisťovne na poskytovanie služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti prepravu poistenca v priamej súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti z miesta bydliska do zdravotníckeho zariadenia a späť alebo medzi dvoma zdravotníckymi zariadeniami, z nasledovných dôvodov:

- a) zdravotný stav neumožňuje poistencovi samostatný pohyb alebo prepravu prostriedkami verejnej hromadnej dopravy,
- b) poistenec je zaradený do chronického dialyzačného programu alebo do transplantáčného programu a preprava sa týka zdravotnej starostlivosti súvisiacej s týmito programami,

4.8. Poskytovateľ v medicínsky odôvodnených prípadoch odosiela poistencov prednostne do zdravotníckych zariadení ktoré sú v zmluvnom vzťahu so zdravotnou poisťovňou; zoznam zmluvných zdravotníckych zariadení je zverejnený na webovej stránke zdravotnej poisťovne: [www.union.sk](http://www.union.sk).

4.9. Poskytovateľ indikuje a predpisuje humánne lieky, diietické potraviny a zdravotnícke pomôcky v súlade s preskripčnými a indikačnými obmedzeniami, množstvovými a finančnými limitmi uvedenými v platnom zozname kategorizovaných liekov, v platnom zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok a v platnom zozname kategorizovaných diietických potravín podľa zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach“). Ak ide o liečivo uvedené v prílohe č. 1 k zákonu o liekoch a zdravotníckych pomôckach, predpisujúci lekár je povinný predpísať humánny liek s obsahom tohto liečiva uvedením názvu liečiva za dodržania podmienok ustanovených v § 119 ods. 5 tohto zákona. Pri predpisovaní humánneho lieku spôsobom podľa predchádzajúcej vety a zdravotníckej pomôcky a diietickej potraviny je predpisujúci lekár povinný postupovať účelne a hospodárne podľa súčasných poznatkov farmakoterapie a plniť ostatné povinnosti podľa § 119 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

Poskytovateľ predpisuje očkovacie látky na lekárskom predpise v maximálnom množstve jednej dávky (injekcia/ampula) v reálnom čase plánovaného očkovania podľa dávkovacej schémy uvedenej v súhrne charakteristických vlastností lieku alebo podľa očkovacieho kalendára pre povinné pravidelné očkovanie detí a dospelých, ktorý vydáva Úrad verejného

zdravotníctva Slovenskej republiky, v súlade s indikačným a preskripčným obmedzením. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností, očkovanie poistenca mimo termínov určených očkovacím kalendárom z objektívnych dôvodov, prípadne na základe požiadavky poistenca alebo jeho zákonného zástupcu, sa nepovažuje za porušenie postupu poskytovateľa pri predpisovaní očkovacej látky podľa tohto bodu.

4.10. Poskytovateľ sa zaväzuje, že počas platnosti a účinnosti tejto zmluvy nedôjde k navýšeniu čakacích dôb na poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti pre poistencov zdravotnej poisťovne.

4.11. Poskytovateľ lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré mu obstarala a dodala zdravotná poisťovňa, vykazuje zdravotnej poisťovni s nulovou hodnotou súčasne s vykázaním výkonu podania lieku, alebo zdravotníckej pomôcky.

4.12. Zdravotná poisťovňa je povinná uhradiť poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia, poskytnutú jej poistencom, v súlade s touto zmluvou a v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi v lehote splatnosti dohodnutej v tejto zmluve.

4.13. Zdravotná poisťovňa sa zaväzuje, že všetky zmeny vo výkazníctve poskytovaných výkonov zdravotnej starostlivosti, okrem tých, ktoré vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov, oznámi poskytovateľovi najmenej dva mesiace pred plánovaným vykonaním zmeny.

4.14. Postupy neupravené touto zmluvou môžu zmluvné strany riešiť dohodovacím rokovaním štatutárnych orgánov alebo nimi splnomocnených zástupcov v mieste sídla zdravotnej poisťovne. O priebehu a ukončení dohodovacieho rokovania sa spíše záznam, ktorý potvrdia zmluvné strany svojim podpisom. V prípade, že niektorá zmluvná strana odmietne podpísať záznam o dohodovacom rokovaní, uvedie sa táto skutočnosť v zázname. V takomto prípade sa považuje dohodovacie rokovanie za bezvýsledné; tým nie sú dotknuté práva ktorejkoľvek zmluvnej strany domáhať sa ochrany svojich práv a uplatňovania si nárokov prostredníctvom súdu. Dohodovacie rokovanie sa uskutoční spravidla do štrnástich dní po doručení písomného návrhu na jeho konanie druhej zmluvnej strane. Dohodovacie rokovanie sa končí spísaním záznamu o jeho ukončení alebo odmietnutím podpísania záznamu o ukončení dohodovacieho rokovania jednou zo zmluvných strán.

4.15. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti poistencom EÚ:

a) náklady za zdravotné výkony poskytnuté poistencom z iných členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska a cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti, sa uhrádzajú za rovnakých podmienok ako pre poistencov zdravotnej poisťovne,

b) poistencovi poistenému v Európskej únii (ďalej len „EÚ“), ktorý sa preukáže európskym preukazom zdravotného poistenia, sa poskytuje zdravotná starostlivosť v rozsahu potrebnej starostlivosti; poskytnutá potrebná zdravotná starostlivosť sa uhrádza za rovnakých podmienok ako pre poistencov zdravotnej poisťovne,

c) poistencovi poistenému v EÚ, ktorý sa preukáže preukazom poistenca Union zdravotnej poisťovne, a.s. s označením „EÚ“ sa poskytuje zdravotná starostlivosť, ktorá zahŕňa aj preventívne prehliadky podľa platných všeobecne záväzných právnych predpisov; poskytnutá zdravotná starostlivosť podľa tohto bodu sa uhrádza v rovnakom rozsahu a za rovnakých podmienok ako pre poistencov zdravotnej poisťovne,

pre skupinu poistencov uvedených v tomto bode sa uhrádza poskytnutá zdravotná starostlivosť v rozsahu poskytnutých zdravotných výkonov; neuhrádza sa zdravotná starostlivosť cenou kapitácie, ak je spôsob úhrady kapitáciou dohodnutý v prílohe č. 2 tejto zmluvy.

## Článok V

### Splatnosť úhrady zdravotnej starostlivosti a platobné podmienky

5.1. Poskytovateľ zdravotnej poisťovni predkladá účtovný doklad – faktúru (ďalej len „faktúra“) za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v zúčtovacom období, spravidla do 10-tich kalendárnych dní po uplynutí tohto obdobia. Zúčtovacím obdobím je celý kalendárny mesiac. Poskytovateľ je povinný predložiť faktúru niektorým zo spôsobov uvedených v článku VIII, bode 8.1. alebo podľa bodu 8.2. uvedeného článku a to v členení podľa druhu zmluvne dohodnutých druhov poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

5.2. Povinnou prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú elektronicky spracované dávky na dátových médiách (disketa, CD, USB kľúč) obsahujúce zoznam poskytnutých zdravotných výkonov a to v platnom dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Ak predmetom zmluvy podľa prílohy č. 1 k tejto zmluve je:

a) poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti, povinnou prílohou faktúry pri prvej fakturácii poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti poistencovi je aj návrh na poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti tomuto poistencovi v písomnej alebo elektronickej podobe,

b) poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, povinnou prílohou faktúry v prípade následných komplikácií a následných hospitalizácií po výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti je aj hlásenie o následnej komplikácii alebo následnej hospitalizácii po výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti v písomnej alebo elektronickej podobe.

5.3. Zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry; pod kontrolou formálnej správnosti zmluvné strany rozumejú kontrolu povinných náležitostí doručenej faktúry podľa platných právnych predpisov a jej príloh podľa bodu 5.2. tohto článku. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že faktúra nie je v zmysle predchádzajúcej vety formálne správna, vráti (zašle) ju poskytovateľovi najneskôr do 10-tich dní odo dňa jej doručenia na jej doplnenie alebo opravu

spolu s uvedením dôvodu vrátenia. V prípade vrátenia formálne nesprávnej faktúry poskytovateľovi plynie lehota stanovená pre kontrolu vecnej správnosti údajov, uvedená v bode 5.4. tohto článku a lehota splatnosti dohodnutá v bode 5.9. tohto článku, odo dňa doručenia formálne správnej faktúry do zdravotnej poisťovne.

5.4. U formálne správnej faktúry vykoná zdravotná poisťovňa najneskôr do 25-tich dní odo dňa jej doručenia kontrolu vecnej správnosti údajov uvedených vo faktúre. Zdravotná poisťovňa najmä preverí, či osoby, ktorým poskytovateľ v zúčtovacom období zdravotnú starostlivosť poskytol, boli v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti poistencami zdravotnej poisťovne, alebo osobami, ktorým mohla byť poskytnutá zdravotná starostlivosť hrazená zdravotnou poisťovňou. Zdravotná poisťovňa ďalej vykoná kontrolu, či zdravotná starostlivosť bola vykázaná v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a v súlade s touto zmluvou.

5.5. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že vo faktúre sú uvedené nesprávne, nepravdivé alebo neúplné údaje alebo sú vykázané v rozpore s touto zmluvou, spracuje tieto zistenia do elektronického chybového protokolu<sup>2</sup> (ďalej len „protokol sporných dokladov“); pričom oprávnenie zdravotnej poisťovne vykonať u poskytovateľa kontrolu všetkých údajov uvedených vo faktúre v súlade s článkom VI tejto zmluvy nie je týmto dotknuté. Zdravotná poisťovňa protokol sporných dokladov zašle poskytovateľovi najneskôr do 25-tich dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry. Spolu s protokolom sporných dokladov zdravotná poisťovňa zasiela poskytovateľovi aj súhmný prehľad výsledku spracovania zdravotných výkonov (lekársky protokol) a zdravotnou poisťovňou vystavený opravný účtovný doklad (dobropis alebo ťarchopis) na sumu vo výške rozdielu medzi poskytovateľom fakturovanou sumou a sumou uznanou podľa lekárskeho protokolu.

5.6. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi faktúru vo výške sumy uznanej podľa lekárskeho protokolu, ak poskytovateľ vystaví a zdravotnej poisťovni doručí opravný účtovný doklad (dobropis alebo ťarchopis) na sumu vo výške rozdielu medzi ním fakturovanou sumou a sumou uznanou podľa lekárskeho protokolu, alebo zdravotnej poisťovni doručí pečiatkou a svojim podpisom potvrdený opravný účtovný doklad vystavený a poskytovateľovi doručený zdravotnou poisťovňou podľa bodu 5.5. tohto článku. Doručením formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu zdravotnej poisťovni sa faktúra považuje za vecne správnu. Tým nie je dotknuté právo poskytovateľa na postup podľa bodu 5.7. tohto článku.

5.7. Ak poskytovateľ napriek zaslaniu opravného účtovného dokladu podľa bodu 5.6. tohto článku nesúhlasí so skutočnosťami uvedenými v protokole sporných dokladov, má právo ich reklamovať a písomne odôvodniť vykázanie neuznaných zdravotných výkonov zdravotnej poisťovni do 10-ich dní od doručenia lekárskeho protokolu. Zdravotná poisťovňa zašle poskytovateľovi písomné stanovisko k podanej reklamácií do 10-ich dní od jej doručenia. Ak zdravotná poisťovňa akceptuje vykázanie reklamovaných sporných zdravotných výkonov alebo ich časť, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru len na akceptované reklamované zdravotné výkony alebo ich časť podľa platných dátových rozhraní a predloží ju zdravotnej poisťovni na úhradu. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na dátovom médiu podľa platných dátových rozhraní v rozsahu akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 5.9. tohto článku.

5.8. Ak zdravotná poisťovňa neakceptuje reklamáciu poskytovateľa podľa bodu 5.7. tohto článku, poskytovateľ môže požiadať zdravotnú poisťovňu o rokovanie do 10-tich dní od doručenia písomného stanoviska zdravotnej poisťovne k podanej reklamácií. Rozpor obidve zmluvné strany prerokujú v sídle Union zdravotnej poisťovne, a.s. do 40-tich dní od doručenia lekárskeho protokolu. O výsledku rokovania sa vyhotoví písomný záznam, ktorého jeden rovnopis bude zaslaný poskytovateľovi. V prípade, že výsledkom rokovania zmluvných strán bude akceptácia reklamovaných nehradených zdravotných výkonov alebo len ich časti, poskytovateľ vystaví samostatnú faktúru na zdravotné výkony v rozsahu rokovaním akceptovanej reklamácie nehradených zdravotných výkonov. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na dátovom médiu podľa platných dátových rozhraní v rozsahu rokovaním akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivosť. Toto nemá vplyv na skutočnosti uvedené v bode 5.9. tohto článku.

5.9. Zmluvné strany sa dohodli, že splatnosť formálne a vecne správnej faktúry je 30 dní odo dňa jej doručenia do zdravotnej poisťovne. V prípade doručenia vecne nesprávnej faktúry, podľa bodu 5.3. tohto článku sa faktúra považuje za formálne a vecne správnu až doručením formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený do 25-tich dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 30 dní od doručenia vecne nesprávnej faktúry do zdravotnej poisťovne. V prípade, že formálne a vecne správny opravný účtovný doklad je doručený po 25-tom dni od doručenia vecne nesprávnej faktúry, splatnosť takto opravenej faktúry je 5 pracovných dní odo dňa doručenia formálne a vecne správneho opravného účtovného dokladu do zdravotnej poisťovne.

5.10. K splneniu záväzku zdravotnej poisťovne dôjde dňom pripísania finančných prostriedkov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť na účet poskytovateľa.

5.11. Faktúry, ako aj opravné účtovné doklady sa považujú za doručené do zdravotnej poisťovne, ak sú doručené priamo na adresu zdravotnej poisťovne, uvedené neplatí v prípade doručovania podľa článku VIII, bodu 8.2. tejto zmluvy.

5.12. Po prečerpaní finančného objemu dohodnutého v prílohe 2a v časti Finančný rozsah sa výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť vypočíta ako súčin výšky úhrady zdravotnej starostlivosti, na ktorú sa finančný objem

<sup>2</sup> Podľa Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou č. 3/2012 v platnom znení.

vzťahuje a koeficientu 0,1. V prípade nevyčerpania dohodnutého finančného objemu sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho dohodnutého obdobia.

6.13. Po prečerpaní finančného objemu dohodnutého v prílohe 2b v časti Finančný rozsah sa výška úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť vypočíta ako súčin výšky úhrady zdravotnej starostlivosti, na ktorú sa finančný objem vzťahuje a koeficientu 0,6. V prípade nevyčerpania dohodnutého finančného objemu sa nevyčerpaná časť finančného objemu neprenáša do nasledujúceho dohodnutého obdobia.

## **Článok VI** **Kontrolná činnosť**

6.1. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť u poskytovateľa zameranú na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, rozsah a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, dodržiavanie všeobecne záväzných právnych predpisov a zmluvných podmienok. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vykonať kontrolnú činnosť (ďalej len „kontrola“) u poskytovateľa kedykoľvek a bez predchádzajúceho oznámenia.

6.2. Zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolnú činnosť podľa bodu 6.1. revíznymi lekármi, revíznymi farmaceutmi a revíznymi sestrami; ak ide o kontrolu hospodárenia vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, aj inými zamestnancami poverenými výkonom kontroly na základe písomného poverenia na výkon kontroly (ďalej len „poverená osoba“).

6.3. Poverené osoby sa pred vykonaním kontroly preukážu platným písomným poverením na vykonanie kontroly a služobným preukazom. Poverené osoby vykonávajú vopred oznámenú kontrolu spravidla v pracovných dňoch v čase schválených ordinačných hodín, pokiaľ sa s poskytovateľom v jednotlivom prípade nedohodnú inak. Pokiaľ zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolu bez predchádzajúceho oznámenia, kontrolu vykonáva v čase schválených ordinačných hodín, pričom kontrola nesmie v tomto prípade podstatným spôsobom narušiť bežnú prevádzku pracovísk poskytovateľa.

6.4. Poverené osoby sú pri výkone kontroly oprávnené:

- a) vstupovať do objektov, zariadení a prevádzok, na pozemky a do iných priestorov kontrolovaného subjektu, ak bezprostredne súvisia s predmetom kontroly,
- b) vyžadovať od kontrolovaného subjektu a jeho zamestnancov, aby jej v určenej lehote poskytovali k nahliadnutiu originály dokladov, vyjadrenia a informácie, vrátane dátových médií, potrebných na výkon kontroly,
- c) vyžadovať súčinnosť kontrolovaného subjektu a jeho zamestnancov,
- d) vykonať kontrolu len za prítomnosti poskytovateľa alebo ním poverenej osoby,
- e) vyhotoviť si výpisy, odpisy alebo kópie listín, dokladov a dokumentov súvisiacich s výkonom a predmetom kontroly, potrebné k preukázateľnosti kontrolných zistení.

6.5. Poskytovateľ je povinný umožniť povereným osobám vykonanie kontroly a poskytnúť im požadované informácie, všetky požadované listiny, ktoré je povinný viesť a archivovať v zmysle príslušných právnych predpisov, potrebnú súčinnosť pri výkone kontroly a zdržať sa konania, ktoré by mohlo mariť výkon kontrolnej činnosti.

6.6. O záveroch kontroly kontrolná skupina vypracuje:

- a) záznam o kontrole, ak kontrolou nezistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok tejto zmluvy; doručením záznamu o kontrole poskytovateľovi sa kontrola považuje za skončenú,
- b) protokol o kontrole, ak kontrolou zistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok tejto zmluvy.

6.7. Poverené osoby vypracujú protokol o kontrole podľa bodu 6.6., písm. b) tohto článku, ktorý zašlú poskytovateľovi v lehote do 20 kalendárnych dní odo dňa skončenia kontroly. Protokol o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa osobne proti podpisu alebo doporučenou poštou alebo kuriérom službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom podateľne poskytovateľa.

6.8. Poskytovateľ má právo podať písomne námietky proti kontrolným zisteniam a záverom uvedeným v protokole o kontrole do 20 kalendárnych dní odo dňa doručenia protokolu o kontrole. Zdravotná poisťovňa sa k podaným námietkam vyjadrí písomne alebo osobne prerokuje podané námietky s poskytovateľom v termíne s ním dohodnutom. Písomné vyjadrenie zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa sa považuje za zápisnicu k protokolu o kontrole. Ak sa námietky poskytovateľa prerokujú osobne, kontrolná skupina spíše zápisnicu k protokolu o kontrole o výsledku prerokovania námietok poskytovateľa. Poskytovateľ má právo na uvedenie svojho písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. V prípade písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa má poskytovateľ právo na písomné vyjadrenie k zápisnici k protokolu o kontrole do 5 kalendárnych dní odo dňa doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa.

6.9. Pokiaľ poskytovateľ nepodal proti protokolu o kontrole námietky, protokol sa považuje za prerokovaný pracovným dňom nasledujúcim po márnom uplynutí lehoty na podanie námietok, pričom platí, že poskytovateľ súhlasí so zisteniami uvedenými v protokole. Zápisnica sa v tomto prípade nespisuje.

6.10. Pokiaľ poskytovateľ odmietne podpísať zápisnicu k protokolu o kontrole, uvedie sa táto skutočnosť v zápisnici. Zápisnica k protokolu o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa osobne proti podpisu alebo

doporučenou poštou alebo kuriérskou službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom podateľne poskytovateľa.

6.11. Kontrola je ukončená dňom prerokovania protokolu o kontrole s poskytovateľom a spísaním zápisnice k protokolu o kontrole o výsledku prerokovania námietok poskytovateľa. V prípade písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa sa považuje kontrola za ukončenú dňom doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k podaným námietkam poskytovateľa k protokolu o kontrole podľa bodu 6.8. tohto článku alebo mámy uplynutím lehoty na podanie písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. Ustanovenie bodu 6.10. tohto článku tým nie je dotknuté.

6.12. Za ukončenú sa považuje kontrola aj v takom prípade, ak poskytovateľ odmietne prevziať protokol o kontrole alebo zápisnicu k protokolu o kontrole alebo ak sa protokol o kontrole alebo zápisnica k protokolu o kontrole doručované poskytovateľovi doporučenou poštou alebo kuriérskou službou, vrátia zdravotnej poisťovni ako nedoručené.

## Článok VII Sankcie

7.1. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VI zmluvy) zistí, že poskytovateľ vykázal zdravotnej poisťovni výkon, ktorý preukázateľne neposkytol v celom rozsahu alebo v určitej jeho časti a zdravotná poisťovňa takýto výkon poskytovateľovi uhradila (ďalej len „neoprávnená úhrada“), poskytovateľ sa zaväzuje, že zdravotnej poisťovni vráti takúto neoprávnenú úhradu alebo jej časť za podmienok podľa bodu 7.2. a 7.4. tohto článku.

7.2. Zmluvné strany sa dohodli, že pre vrátenie neoprávnenej úhrady podľa bodu 7.1. tohto článku, sa nevyžaduje predchádzajúce upozornenie druhej zmluvnej strany. Písomná výzva na vrátenie neoprávnenej úhrady podľa tohto bodu musí obsahovať špecifikáciu porušenia povinnosti a výšku neoprávnenej úhrady.

7.3. V prípade zistenia neoprávnenej úhrady zdravotnou poisťovňou podľa bodu 7.1. tohto článku je poskytovateľ v každom jednotlivom prípade povinný uhradiť zdravotnej poisťovni zmluvnú pokutu až do výšky 50 % sumy neoprávnenej úhrady na základe výzvy zdravotnej poisťovne podľa bodu 7.4. tohto článku.

7.4. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ vykoná vrátenie neoprávnenej úhrady alebo úhradu sankcie vo výške uplatnenej zdravotnou poisťovňou v lehote do 30 dní odo dňa doručenia písomnej výzvy zdravotnou poisťovňou.

7.5. Ak poskytovateľ v lehote podľa bodu 7.4. tohto článku nevráti zdravotnej poisťovni neoprávnenú úhradu alebo neuhradí uplatnenú sankciu, je zdravotná poisťovňa oprávnená vykonať jednostranný zápočet týchto pohľadávok voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľa.

7.6. Ak je zdravotná poisťovňa v omeškaní s plnením svojho peňažného záväzku voči poskytovateľovi, má poskytovateľ právo uplatniť voči nej úrok z omeškania podľa ustanovenia § 369 zákona č. 513/1991 Z. z. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov.

7.7. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VI zmluvy) zistí, že poskytovateľ pri predpise liekov, zdravotníckych pomôcok alebo diietických potravín nedodrжал preskripčné, indikačné obmedzenia alebo ich predpísal bez predchádzajúceho súhlasu revízneho lekára (ak sa tento vyžaduje), alebo ich predpísal na neregistrovanú alebo neschválenú indikáciu, alebo porušil povinnosť podľa § 119 ods. 11 zákona č. 362/2011 Z.z. v znení neskorších predpisov a poisťovňa tieto lieky, zdravotnícké pomôcky alebo diietické potraviny uhradila poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti a ak verejná lekáreň alebo výdajňa zdravotníckych pomôcok vydala na základe lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu liek, zdravotnícku pomôcku alebo diietickú potravinu, zdravotná poisťovňa má právo na náhradu plnenia voči poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, v mene ktorého predpisujúci lekár nesprávne vystavil lekársky predpis alebo lekársky poukaz.

Zdravotná poisťovňa je oprávnená voči najbližšiemu splatnému vyúčtovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľovi jednostranne započítať svoju pohľadávku, ktorá jej vznikla z titulu zrealizovania povinného plnenia poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti podľa § 121 ods. 6 zákona č. 362/2011 Z.z. v znení neskorších predpisov.

7.8. Uplatnením sankcie a jej úhradou nie je dotknutý nárok oprávnenej zmluvnej strany na náhradu škody alebo vrátenia bezdôvodného obohatenia podľa platných právnych predpisov.

7.9. Uhradením sankcie sa povinná zmluvná strana nezbaňuje povinnosti splniť povinnosť vyplývajúcu z platných právnych predpisov alebo z ustanovení tejto zmluvy, ktorú porušila.

7.10. Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade porušenia povinnosti vyplývajúcej z právnych predpisov uvedených v článku IV tejto zmluvy niektorou zo zmluvných strán, s výnimkou taxatívne upravených sankcií uvedených v bode 7.3, 7.6., 7.11. až 7.13. tohto článku, je povinná zmluvná strana povinná uhradiť oprávnenej zmluvnej strane zmluvnú pokutu vo výške 300,- EUR (slovom tristo eur) za každé jedno porušenie.

7.11. Poskytovateľ je povinný zaplatiť zdravotnej poisťovni zmluvnú pokutu vo výške 50 % hodnoty

a) poskytovateľom neoprávnene vyúčtovaných zdravotných výkonov, ktoré poisťovňa poskytovateľovi uhradila, tým nie je dotknutý nárok poisťovne podľa bodu 7.1 tohto článku na vrátenie neoprávnene vyúčtovaných alebo uhradených zdravotných výkonov,

b) lieku, zdravotníckej pomôcky alebo diietickej potraviny uhradenej poisťovňou poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti, ak poskytovateľ tento liek, zdravotnícku pomôcku alebo diietickú potravinu preukázateľne predpísal bez

vedomia alebo účasti poistenca

7.12. Poskytovateľ je povinný zaplatiť poisťovni zmluvnú pokutu vo výške 30% hodnoty poisťovňou uhradeného vykázaného zdravotného, výkonu, predpísaného lieku, zdravotnej pomôcky, alebo dietetickej potraviny, ktoré v čase vykonania kontroly podľa článku VI tejto zmluvy neboli zaznamenané v zdravotnej dokumentácii alebo boli zaznamenané v rozpore s platnými právnymi predpismi alebo boli zaznamenané v nedostatočnom rozsahu; za každé jedno takéto porušenie.

7.13. Poskytovateľ je povinný zaplatiť poisťovni zmluvnú pokutu vo výške 3% priemernej mesačnej hodnoty úhrad vyplatených v predchádzajúcich 5 mesiacoch za:

- a) neposkytnutie, alebo odmietnutie súčinnosti pri vykonávaní kontroly podľa článku. VI tejto zmluvy
- b) neplnenie nápravných opatrení z predchádzajúcej kontroly
- c) nekvalitné poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktoré sa zistí kontrolou poisťovne
- d) nesplnenie oznamovacej povinnosti vyplývajúcej z článku IV, bodu 4.2. tejto zmluvy

### **Článok VIII Doručovanie**

8.1. Zmluvné strany doručujú písomnosti, iné doklady a oznámenia, s doručovaním ktorých zmluva počíta (ďalej len „zásielka“), niektorým zo spôsobov:

- a) poštou,
- b) kuriérom,
- c) osobne.

Zásielka doručovaná podľa tohto bodu sa považuje za doručenú ak bola doručená priamo na adresu určenú v článku I tejto zmluvy.

8.2. Poskytovateľ môže zásielku - faktúru spolu s prílohami (s výnimkou dátového média), ako aj ostatné doklady podľa článku V tejto zmluvy, okrem niektorého zo spôsobov podľa bodu 8.1. tohto článku, doručiť zdravotnej poisťovni aj elektronicky prostredníctvom portálu, ktorý prevádzkuje zdravotná poisťovňa na svojom webovom sídle za podmienky, že medzi poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou bola uzatvorená osobitná zmluva, ktorej predmetom je úprava spôsobu doručovania zásielky podľa tohto bodu a s tým súvisiacich úkonov.

8.3. Zmluvné strany sa dohodli, že zásielky s výnimkou korešpondencie podľa článku VI tejto zmluvy a korešpondencie obsahujúcej osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov, sa môžu doručovať aj e-mailom.

### **Článok IX Trvanie, zmena a zánik zmluvy**

9.1. Zmluva je uzatvorená dňom jej podpísania obidvoma zmluvnými stranami. Pokiaľ nedôjde k podpísaniu zmluvy obidvoma zmluvnými stranami v ten istý deň, považuje sa zmluva za uzatvorenú v deň, kedy zmluvu podpísala v poradí druhá zmluvná strana.

9.2. Zmluva nadobúda účinnosť prvým dňom nasledujúceho kalendárneho mesiaca po jej podpísaní (s výnimkou bodu 8.2. tejto zmluvy, ktorý nadobudne účinnosť dňom nadobudnutia účinnosti osobitnej zmluvy podľa uvedeného bodu) za podmienky, že najneskôr deň pred nadobudnutím účinnosti bola zverejnená na webovom sídle zdravotnej poisťovne.

9.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú, s výnimkou prílohy č. 2b tejto zmluvy, ktorá je účinná na dobu 12 mesiacov odo dňa nadobudnutia účinnosti zmluvy.

9.4. Zmluvné strany sa dohodli, že ak po uplynutí účinnosti prílohy č. 2b tejto zmluvy nedôjde medzi zmluvnými stranami k dohode o jej úprave, do doby dohody zmluvných strán platia ceny dohodnuté v prílohe č. 2b tejto zmluvy a jej účinnosť sa automaticky predlžuje až do doby nadobudnutia účinnosti dodatku k zmluve, ktorým sa príloha č. 2b upraví; účinnosť prílohy č. 2b sa podľa tohto bodu v tomto prípade predlžuje najviac o tri kalendárne mesiace.

9.5. Zmenu zmluvy je možné uskutočniť výlučne v písomnej forme na základe dohody zmluvných strán formou písomných a číslovaných dodatkov.

9.6. Zmluva:

- a) zaniká dohodou zmluvných strán,
- b) zaniká výpoveďou podľa § 7 ods. 11 a ods. 15 zákona č. 581/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov,
- c) zaniká okamžitým skončením v prípade zrušenia povolenia alebo zániku zdravotnej poisťovne alebo v prípade zrušenia alebo zániku povolenia poskytovateľa na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,
- d) sa prerušuje v prípade dočasného pozastavenia povolenia poskytovateľa; k prerušeniu zmluvy dôjde prvým dňom nasledujúcim po dni nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia.



**Článok X**  
**Závěrečné ustanovenia**

10.1. Vzťahy touto zmluvou neupravené sa riadia príslušnými ustanoveniami všeobecne záväzných právnych predpisov uvedených v bode 4.1. zmluvy.

10.2. Táto zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení. Súhlas s celým obsahom zmluvy zástupcovia zmluvných strán vyjadria svojím podpisom na poslednej strane zmluvy.

10.3. Neoddeliteľnou súčasťou tejto zmluvy sú nasledovné prílohy:

Príloha č. 1 Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti

Príloha č. 2a Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ambulantnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

Príloha č. 2b Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah

Príloha č. 3 Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony SVLZ

10.4. Ak niektoré ustanovenia tejto zmluvy nie sú celkom alebo sčasti účinné alebo neskôr stratia účinnosť, nie je tým dotknutá platnosť a účinnosť ostatných ustanovení. Namiesto neplatných, prípadne neúčinných ustanovení sa použije právna úprava, ktorá, pokiaľ je to právne možné, sa čo najviac približuje úmyslu a účelu tejto zmluvy, pokiaľ pri uzatváraní zmluvy zmluvné strany brali túto otázku do úvahy.

10.5. Táto zmluva je pre zmluvné strany platná v rozsahu jej ustanovení a príloh vzťahujúcich sa na dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 1 k tejto zmluve.

10.6. Zmluvné strany sa dohodli, že ku dňu nadobudnutia účinnosti tejto zmluvy zanikajú všetky zmluvy, na základe ktorých poskytovateľ poskytoval zdravotnú starostlivosť poistencom zdravotnej poisťovne v rovnakom vecnom rozsahu aký je dohodnutý v tejto zmluve.

Bratislava dňa 30.12. 2013

Nové Mesto nad Váhom dňa 23.12. 2013

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

**NsP Nové Mesto nad Váhom n.o.**

915

.....  
Ing. Eleňa Majone  
riadička sekcie nákupu zdravotnej starostlivosti,  
revízičných činností a programov zdravia  
na základe plnej moci

.....  
MUDr. Miroslav Šorf, CSc.  
riadiť

**Príloha č. 1**  
**k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti**

V súlade s bodom 3.2. článku III tejto zmluvy si zdravotná poisťovňa u poskytovateľa objednáva poskytovanie zdravotnej starostlivosti odbornými útvarmi zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa s pridelenými kódmi poskytovateľa zdravotnej starostlivosti podľa tejto prílohy, s uvedením ich odbornosti a druhu odborného útvaru.

Názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: **NsP Nové Mesto nad Váhom, n.o.**

Identifikátor poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: **P86027**

Kód poskytovateľa	Kód odbornosti útvaru*	Názov odbornosti útvaru	Druh odborného útvaru**
P86027001101	001	vnútorné lekárstvo	1
P86027027101	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	1
P86027196101	196	JIS interná	1
P86027001201	001	vnútorné lekárstvo	2
P86027001202	001	vnútorné lekárstvo	2
P86027001203	001	vnútorné lekárstvo	2
P86027003201	003	pneumológia a fúzeológia	2
P86027004201	004	neuroológia	2
P86027005201	005	psychiatria	2
P86027008201	008	všeobecná starostlivosť o deti a dorast	2
P86027010201	010	chirurgia	2
P86027011201	011	ortopédia	2
P86027012201	012	urológia	2
P86027015201	015	oftalmológia	2
P86027020201	020	všeobecné lekárstvo	2
P86027020202	020	všeobecné lekárstvo	2
P86027027201	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2
P86027027202	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2
P86027031201	031	hematológia a transfuziológia	2
P86027040201	040	klinická imunológia a alergológia	2
P86027045201	045	reumatológia	2
P86027048201	048	gastroenterológia	2
P86027049201	049	kardiológia	2
P86027050201	050	diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	2
P86027056201	056	angiológia	2
P86027063201	063	nefrológia	2
P86027064201	064	endokrinológia	2
P86027104201	104	pediatrická neuroológia	2
P86027105201	105	detská psychiatria	2
P86027216201	216	hepatológia	2
P86027023501	023	rádiológia	5
P86027023502	023	rádiológia	5
P86027023503	023	rádiológia	5
P86027023504	023	rádiológia	5
P86027023505	023	rádiológia	5

P86027023506	023	rádiológia	5
P86027024501	024	klinická biochémia	5
P86027027501	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	5
P86027027502	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	5
P86027031501	031	hematológia a transfuziológia	5
P86027001801	001	vnútorné lekárstvo	8

**Vysvetlivky:**

\* kód odbornosti útvaru v tvare „spp“ z kódu poskytovateľa (kód poskytovateľa má tvar „p99999sppyzz“),

\*\* kód druhu odborného útvaru v tvare „y“ z kódu poskytovateľa:

- 1 – ústavná zdravotná starostlivosť
- 2 – ambulancia
- 3 – pracovisko
- 4 – útvar jednodňovej zdravotnej starostlivosti
- 5 – útvar spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek
- 6 – stacionár
- 8 – ambulancia centrálného príjmu alebo ústavnej pohotovostnej služby

**Príloha č. 2a**  
**k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ambulantnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah**

**I. Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť pre dospelých**

**1. Poskytovateľ**

- a) zasiela kópiu prvopisu dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poistencom zdravotnej poisťovni (ďalej len „kapitovaný poistenec“) na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitáčnú platbu na tohto istého poistenca dvaja a viacerí poskytovatelia. Zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie prvopisu dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom. Za účelom prípadného doriešenia kolízie podľa tohto bodu je zdravotná poisťovňa oprávnená vyžiadať aj preukázanie odstúpenia od dohody poistencom a vyžiadanie (odovzdanie) zdravotnej dokumentácie poistenca zo strany toho poskytovateľa, ktorý uzavrel s poistencom novú dohodu,
- b) zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poistencov Úradom zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom platným metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,
- c) má nárok na úhradu kapitáčnej platby aj spätne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca alebo iná osoba oprávnená konať v mene poistenca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitáčnej platby za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázat' má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitáčnú platbu inému poskytovateľovi,
- d) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitáčného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. b) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,
- e) je oprávnený vykázat' preventívnu prehliadku (bod 3 písm. b) a c) tejto časti prílohy) s vykázaním výkonu 25 u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistenca. O uvedenej skutočnosti vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,
- f) je oprávnený vykázat' vykonanie povinného očkovania a vykonanie očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR (bod 3 písm. d) tejto časti prílohy) s vykázaním kombinácie výkonov 25 a 4 u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedenej skutočnosti vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,
- g) pri vystavovaní odporúčania na poskytnutie špecializovanej zdravotnej starostlivosti a ústavnej starostlivosti uhrádzanej zo zdrojov verejného zdravotného poistenia v odporúčaní je povinný uviesť epikrízu, priebeh ochorenia, výsledky doteraz vykonaných vyšetrení, ktoré súvisia s ochorením (ak boli vykonané), odôvodnenie odoslania poistenca a požiadavku na vyšetrenie poistenca. Pri vystavovaní žiadanky na poskytnutie zdravotných výkonov SVLZ je povinný uviesť na žiadanke aj diagnózu; ak poskytovateľ žiada o vykonanie zdravotných výkonov SVLZ v rámci preventívnej zdravotnej starostlivosti, uvedie aj uvedenú skutočnosť výslovne na žiadanke.
2. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté kapitovanému poistencovi zdravotnej poisťovne sa uhrádzajú mesačne za jedného poistenca zdravotnej poisťovne takto:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška kapitácie v €
kapitácia	poistenec vo veku od 19 rokov do 50 rokov života vrátane	2,03
kapitácia	poistenec vo veku od 51 rokov do 60 rokov života vrátane	2,10
kapitácia	poistenec vo veku od 61 rokov do 80 rokov života vrátane	2,47
kapitácia	poistenec vo veku od 81 rokov života	2,78

**3. Cena kapitácie podľa bodu 2 tejto časti prílohy zahŕňa všetky náklady okrem:**

- a) nákladov na lieky zaradené v zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ tohto zoznamu písmenom A a AS<sup>1</sup>,
- b) nákladov za zdravotné výkony preventívnych prehliadok vykonaných v súlade s prílohou č. 2 zákona 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady

<sup>1</sup> Zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

<b>cena bodu</b>	za vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok hrađených z verejného zdravotného poistenia	<b>0,0350</b>	súčin ceny bodu a bodovej hodnoty uvedenej v prílohe „Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty“ nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z. (ďalej len „zoznam výkonov“), za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
------------------	---	---------------	---

v cene bodu podľa tohto písmena sa uhrádzajú tieto zdravotné výkony preventívnych prehliadok

Kód výkonu	Obsah zdravotného výkonu a preventívnych vyšetrení	Vek / frekvencia	Vykazovanie
<b>159b</b>	pri preventívnom zisťovaní celkového cholesterolu a triacylglycerolov v krvi	vo veku 17 alebo 18 rokov a vo veku nad 40 rokov raz za dva roky	vykazuje sa s kódom choroby Z001 alebo Z000 podľa MKCH-10-SK-2013, môže sa vykázať s výkonom 160
<b>160</b>	základná preventívna prehliadka	po dovršení 18 roku života raz za dva roky, u darcov krvi raz za 12 mesiacov	vykazuje sa s kódom choroby Z000 alebo Z520 u darcov krvi podľa MKCH-10-SK-2013, môže sa vykazovať s výkonom 5702 u poistencov, ktorí dovŕšili 40 rokov veku, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil
<b>3671</b>	preventívne zisťovanie cukru v krvi	raz za dva roky, u darcov krvi raz za 12 mesiacov	vykazuje sa s kódom choroby Z001, Z000 alebo Z520 u darcov krvi podľa MKCH-10-SK-2013, môže sa vykázať s výkonom 160

c) nákladov za zdravotné výkony preventívnych prehliadok vykonaných v súlade s prílohou č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov a Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu účinným od 1.1.2012, ktoré sa uhrádzajú osobitnou cenou podľa nižšie uvedenej tabuľky

Kód výkonu	Obsah zdravotného výkonu a preventívnych vyšetrení	Vykazovanie / výsledok	Úhrada
<b>159a</b>	preventívne vyšetrenie na okultné krvácanie v stolici u poistenca <sup>2</sup> (v rámci realizácie programu skríningu kolorektálneho karcinómu)	vykazuje sa pri <b>pozitívnom</b> výsledku s kódom choroby Z000 podľa MKCH-10-SK-2013	cena za výkon <b>6,04 €</b> zahŕňa aj náklady na štandardizovaný test na okultné krvácanie v stolici (TOKS)
<b>159z</b>	preventívne vyšetrenie na okultné krvácanie v stolici u poistenca <sup>2</sup> (v rámci realizácie programu skríningu kolorektálneho karcinómu)	vykazuje sa pri <b>negatívnom</b> výsledku s kódom choroby Z000 podľa MKCH-10-SK-2013	cena za výkon <b>6,04 €</b> zahŕňa aj náklady na TOKS
<b>159x</b>	preventívne vyšetrenie na okultné krvácanie v stolici u poistenca <sup>2</sup> (v rámci realizácie programu skríningu kolorektálneho karcinómu)	vykazuje sa pri <b>neznámom/ znehodnotenom teste</b> s kódom choroby Z000 podľa MKCH-10-SK-2013	cena za výkon <b>2,01 €</b> zahŕňa aj náklady na TOKS

d) nákladov za výkon očkovania u poistencov zdravotnej poisťovne

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
<b>cena bodu</b>	zdravotný výkon 252b v súvislosti s očkovaním proti chrípke (vykazuje sa s kódom choroby Z251 podľa MKCH-10-SK-2013)	<b>0,0482</b>	súčin ceny bodu a bodovej hodnoty uvedenej v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
<b>cena bodu</b>	zdravotný výkon 252b v súvislosti s očkovaním proti vírusovej hepatitíde typu A <sup>3</sup> (vykazuje sa s kódom choroby Z205 podľa MKCH-10-SK-2013, môže sa vykazovať s kombináciou výkonov 4 a 25 počas návštevy u poistenca)	<b>0,0266</b>	súčin ceny bodu a bodovej hodnoty uvedenej v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
<b>cena bodu</b>	zdravotný výkon 252b v súvislosti s očkovaním proti vírusovej hepatitíde typu A + B (vykazuje sa s kódom choroby Z246 podľa MKCH-10-SK-2013, môže sa vykazovať s kombináciou výkonov 4 a 25)	<b>0,0266</b>	súčin ceny bodu a bodovej hodnoty uvedenej v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný výkon

<sup>2</sup> Zdravotný výkon sa uhrádza u poistencov vo veku nad 40 rokov

<sup>3</sup> § 12 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

	počas návštevy u poistenca); môže byť poskytnutý len poistencovi, ktorý nebol očkovaný proti vírusovej hepatitíde typu A alebo B		
<b>cena bodu</b>	zdravotný výkon 252b v súvislosti s očkovaním proti meningokokovej meningitíde <sup>3</sup> (vykazuje sa s kódom choroby Z208 podľa MKCH-10-SK-2013, môže sa vykazovať s kombináciou výkonov 4 a 25 počas návštevy u poistenca)	<b>0,0266</b>	súčin ceny bodu a bodovej hodnoty uvedenej v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
<b>cena bodu</b>	zdravotný výkon 252b v súvislosti s očkovaním proti kliešťovej encefalitíde (vykazuje sa s kódom choroby Z241 podľa MKCH-10-SK-2013, môže sa vykazovať s kombináciou výkonov 4 a 25 počas návštevy u poistenca)	<b>0,0266</b>	súčin ceny bodu a bodovej hodnoty uvedenej v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
<b>cena bodu</b>	zdravotný výkon 252b v súvislosti s povinným očkovaním proti diftérii a tetanu (vykazuje sa s kódom choroby Z000 podľa MKCH-10-SK-2013, môže sa vykazovať s kombináciou výkonov 4 a 25 počas návštevy u poistenca)	<b>0,0266</b>	súčin ceny bodu a bodovej hodnoty uvedenej v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

e) nákladov za vykonané zdravotné výkony č.: 4, 5, 6, 25, 26, 29, 30, 40, 41, 64 podľa podmienok uvedených v tabuľke nižšie. S uvedenými výkonmi v rámci návštevy poistenca je možné vykazovať aj zdravotné výkony č.: 200, 204, 206, 207, 210, 212, 250a, 250b, 250c, 252, 253, 261, 265, 271, 272, 289, 294, 295, 298, 299a, 299b, 320, 321, 323, 326, 332, 1275, 1402, 2000, 2003, 2011, 2011a v súlade so zoznamom výkonov, pokiaľ ich neposkytuje agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti alebo sestra s licenciou na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo iný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti poskytujúci ambulantnú starostlivosť. Podmienkou úhrady výkonov uvedených v tomto bode je, že neodkladná zdravotná starostlivosť nebude v rovnakom čase v jeden deň vykázaná zdravotnej poisťovni lekárskou službou prvej pomoci

Kód výkonu	Poznámka
4	Štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému. Môže sa vykonať pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostať do ambulancie poskytovateľa, najmä v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca, u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie a pod. Vykazuje sa s výkonom 25 alebo s výkonom 26. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca. Môže sa vykonať pri povinnom očkovaní a pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A, meningokokovej meningitíde a kliešťovej encefalitíde. Vykazuje sa s výkonom 25, s výkonom 252b a s kódom choroby podľa MKCH-10-SK-2013. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.
5	Štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému cez deň v sobotu, v nedeľu a v deň pracovného pokoja. Môže sa vykonať pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostať do ambulancie poskytovateľa, najmä v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca, u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie a pod. Môže sa vykonať s výkonom 26 a s výkonom 30. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.
6	Štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému medzi 19.00 hod. a 7.00 hod. Môže sa vykonať pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostať do ambulancie poskytovateľa, najmä v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca, u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie a pod. Môže sa vykonať s výkonom 26, 29 a s výkonom 30. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.
25	Návšteva poistenca v pracovnom čase poskytovateľa. Môže sa vykonať pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostať do ambulancie poskytovateľa, v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca, u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie. Vyžaduje sa časový údaj a záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca. Môže sa vykazovať s výkonmi preventívnych prehliadok u poistenca, ktorý sa nemôže dostať do ambulancie lekára z dôvodu imobility alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia. V prípade preventívnej prehliadky sa vykazuje s výkonom preventívnej prehliadky. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca. Môže sa vykonať pri povinnom očkovaní a pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A, meningokokovej meningitíde a kliešťovej encefalitíde. Vykazuje sa s výkonom 4, s výkonom 252b a s kódom choroby podľa MKCH-10-SK-2013. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.
26	Návšteva poistenca mimo riadneho pracovného času poskytovateľa. Vykazuje sa pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostať do ambulancie poskytovateľa, v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca a u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie. Vyžaduje sa časový údaj a záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.

29	Návšteva poistenca v noci vyžiadaná a vykonaná medzi 22.00 a 7.00 hodinou. Vykazuje sa pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostať do ambulancie poskytovateľa, v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca a u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie. Vyžaduje sa časový údaj o vyžiadaní a vykonaní návštevy a záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.
30	Príplatok k výkonu 26 a 29 za vyžiadanú a vykonanú návštevu v sobotu, nedeľu a v deň pracovného pokoja.
40	Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.
41	Zotrúvanie poskytovateľa pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.
64	Pri sťaženom výkone vyšetrenia/ošetrenia ťažko mobilného, imobilného, mentálne postihnutého, dementného, zrakového alebo sluchovo postihnutého poistenca.

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	zdravotné výkony uvedené v písm. e) (okrem výkonov s kódom 25, 26 a 29) vykonané počas návštevy poistenca pri splnení podmienok podľa vyššie uvedenej tabuľky	0,0150	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
cena bodu	zdravotné výkony s kódom 25, 26 a 29 pri splnení podmienok podľa vyššie uvedenej tabuľky	0,0237	súčin ceny bodu a bodovej hodnoty uvedenej v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

f) nákladov za výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“)

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový za EKG vyšetrenie (kód 5702), ak ho poskytovateľ sám vykonal a vyhodnotil	0,0076	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
cena bodu	výkon 4571a C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil (380 bodov)	0,0116	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
cena bodu	výkon SVLZ (iný ako prístrojový) v prípade poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi zdravotnej poisťovne	0,0073	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

4. Náklady za zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi zdravotnej poisťovne sa uhrádzajú takto

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi zdravotnej poisťovne	0,0150	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

SVLZ výkony sa uhrádzajú podľa bodu 3 písm. f) tejto časti prílohy.

## II. Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť o deti a dospelých

### 1. Poskytovateľ

- a) zasiela kópiu prvopisu dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poistencom zdravotnej poisťovni (ďalej len „kapitovaný poistenec“) na jej vyžiadanie v prípade, ak v jednom kalendárnom mesiaci budú fakturovať kapitátnu platbu na tohto istého poistenca dvaja a viacerí poskytovatelia. zdravotná poisťovňa je oprávnená vyžiadať kópie prvopisu dohody podľa tohto bodu písomne, telefonicky, faxom alebo e-mailom. Za účelom prípadného doriešenia kolízie podľa tohto bodu je zdravotná poisťovňa oprávnená vyžiadať aj preukázanie odstúpenia od dohody poistencom a vyžiadanie (odovzdanie) zdravotnej dokumentácie poistenca zo strany toho poskytovateľa, ktorý uzavrel s poistencom novú dohodu,
- b) zasiela k termínu 30. jún a 31. december príslušného kalendárneho roka hlásenie o počte kapitovaných poistencov zdravotnej poisťovni v elektronickej podobe v dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,
- c) má nárok na úhradu kapitáčnej platby aj spätne, ak poistenec alebo jeho zákonný zástupca neohlásil poskytovateľovi zmenu zdravotnej poisťovne; nárok na spätnú úhradu kapitáčnej platby za kapitovaného poistenca, ktorého opomenul vykázat má iba v tom prípade, ak zdravotná poisťovňa v období, za ktoré si tohto poistenca spätne vykazuje, neuhradila kapitátnu platbu inému poskytovateľovi,
- d) má nárok, aby zdravotná poisťovňa vykonala porovnanie kapitáčného stavu poistencov poskytovateľa a oznámila výsledok poskytovateľovi na základe údajov poskytnutých poskytovateľom podľa písm. b) tohto bodu a informovala poskytovateľa o skutočnom počte kapitovaných poistencov u poskytovateľa, evidovaných v informačnom systéme zdravotnej poisťovne,
- e) je oprávnený vykázat preventívnu prehliadku (bod 3 písm. b) tejto časti prílohy) s vykázaním výkonu 25 u imobilných poistencov alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia poistenca. O uvedenej skutočnosti vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,
- f) je oprávnený na vykázanie vykonania povinného očkovania a vykonania očkovania na základe rozhodnutia regionálneho úradu verejného zdravotníctva alebo Úradu verejného zdravotníctva SR (bod 3 písm. c) tejto časti prílohy) s vykázaním kombinácie výkonov 25 a 4 u poistencov, ktorí dlhodobo odmietajú dostaviť sa do ambulancie poskytovateľa za účelom vykonania očkovania. O uvedenej skutočnosti vykoná poskytovateľ záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,
- g) upozorní zákonného zástupcu poistenca zdravotnej poisťovne v predškolskom veku na potrebu absolvovania stomatologických preventívnych prehliadok poistencom, o čom vykoná záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca,
- h) pri vystavovaní odporúčania na poskytnutie špecializovanej zdravotnej starostlivosti a ústavnej starostlivosti uhrádzanej zo zdrojov verejného zdravotného poistenia v odporúčaní uvádza epikrízu, priebeh ochorenia, výsledky doteraz vykonaných vyšetrení, ktoré súvisia s ochorením (ak boli vykonané), odôvodnenie odoslania poistenca a požiadavku na vyšetrenie poistenca. Pri vystavovaní žiadanky na poskytnutie zdravotných výkonov SVLZ uvádza na žiadanke aj diagnózu; ak poskytovateľ žiada o vykonanie zdravotných výkonov SVLZ v rámci preventívnej zdravotnej starostlivosti, uvedie aj uvedenú skutočnosť výslovne na žiadanke.

2. Výkony zdravotnej starostlivosti poskytnuté kapitovanému poistencovi zdravotnej poisťovne sa uhrádzajú mesačne za jedného poistenca zdravotnej poisťovne takto:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška kapitácie v €
kapitácia	poistenec do veku 1 roka života	5,75
kapitácia	poistenec do veku od 1 do 5 rokov života vrátane	3,93
kapitácia	poistenec vo veku od 6 do 14 rokov života vrátane	2,98
kapitácia	poistenec vo veku od 15 do 18 rokov života vrátane	2,10
kapitácia	poistenec vo veku od 19 do 28 rokov života vrátane	2,03

3. Cena kapitácie podľa bodu 2 tejto časti prílohy zahŕňa všetky náklady okrem

- a) nákladov na lieky zaradené v zozname kategorizovaných liekov, ktoré sú predpísané a použité v súlade s preskripčnými obmedzeniami, indikačnými obmedzeniami a obmedzeniami úhrady zdravotnej poisťovne na jej predchádzajúci súhlas, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ tohto zoznamu písmenom A a AS<sup>4</sup>,
- b) nákladov na vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
---------------	-------------------------------	------------------	-------------------------

<sup>4</sup> Zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov



<b>cena bodu</b>	za vykonané zdravotné výkony preventívnych prehliadok hrazených z verejného zdravotného poistenia uvedených nižšie	<b>0,0350</b>	súčin ceny bodu a bodovej hodnoty uvedenej v prílohe „zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty“ nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z. (ďalej len „zoznam výkonov“), za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
------------------	--	---------------	---

uhrádzajú sa tieto zdravotné výkony preventívnych prehliadok

Kód výkonu	Vek podľa zákona č. 577/2004 Z. z.	Vekové rozhranie pre IS	Vykazuje sa s kódom choroby Z001 podľa MKCH-10-SK-2013, pokiaľ nie je uvedené inak
142	0 – 1 mesiac, vykonáva sa v domácom prostredí do 48 hodín po prepustení novorodenca z nemocnice alebo pôrodnice	1. – 4. týždeň	nevykazuje sa s výkonom 950, môže sa vykázat s výkonom 25
143	do 4. týždňa života	2. – 5. týždeň	nevykazuje sa s výkonmi 950, 1205 a 1590
143a	v 5. až 7. týždni života	5. – 8. týždeň	nevykazuje sa s výkonmi 950, 1205 a 1590
144	v 8. až 10. týždni života	8. – 11. týždeň	nevykazuje sa s výkonmi 950, 1205 a 1590
145	v 3. až 4. mesiaci života	3. – 5. mesiac	môže sa vykázat s výkonom 950, nevykazuje sa s výkonmi 1205 a 1590
145a	v 5. až 6. mesiaci života	5. – 7. mesiac	môže sa vykázat s výkonom 950, nevykazuje sa s výkonmi 1205 a s výkonom 1590
146	v 7. až 8. mesiaci života	7. – 9. mesiac	môže sa vykázat s výkonom 950, nevykazuje sa s výkonmi 1205 a 1590
146a	v 9. až 10. mesiaci života	9. – 11. mesiac	môže sa vykázat s výkonom 950, nevykazuje sa s výkonmi 1205 a 1590
146b	v 11. až 12. mesiaci života	11.-13. mesiac	môže sa vykázat s výkonom 950, nevykazuje sa s výkonmi 1205 a 1590
146c	vo veku 18 mesiacov	13. - 24. mesiac	môže sa vykázat s výkonom 950, nevykazuje sa s výkonmi 1205 a 1590
148	3. roku života	25. – 48. mesiac	môže sa vykázat s výkonom 953, nevykazuje sa s výkonmi 950, 1205 a 1590
148a	v 5. roku života	49. – 60. mesiac	môže sa vykázat s výkonom 953, nevykazuje sa s výkonmi 950, 1205 a 1591
148b	v 6. alebo 7. roku života, ak poistenec nenastúpil školskú dochádzku	61. – 84. mesiac	nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590
148c	v 9. roku života	97. - 120. mesiac	nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590
149	v 11. roku života	121. – 144. mesiac	môže sa vykázat s výkonmi 159b a 3671, nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590
149a	v 13. roku života	145. – 168. mesiac	nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590, 950 až 952
149b	v 15. roku života	169.- 192 mesiac	nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590
149c	vstupná prehliadka žiakov stredných škôl sa vykazuje pri zmene poskytovateľa	akceptácia raz za život,	poskytovateľ nemôže vykázat výkon 149b a následne 149c
149d	v 17. roku života, ďalšie preventívne prehliadky sa vykonávajú raz za 2 roky		môže sa vykázat s výkonom 159b a 3671
149f	prehliadka zdravotne postihnutého dieťaťa	vykonáva sa počas trvania zdravotného postihnutia dieťaťa, vykazuje sa raz za dvanásť mesiacov po vykonaní predchádzajúcej prehliadky	nevykazuje sa s výkonmi 1205, 1590, 950 až 952, nevykazuje sa súčasne s výkonmi 148, 148a, 148b, 148c, 149, 149a, 149b, 149d

159b	v 11. a v 17 alebo 18 roku života	pri preventívnom zisťovaní celkového cholesterolu v krvi v 11. roku života, pri preventívnom zisťovaní celkového cholesterolu a triacylglycerolov vo veku 17 alebo 18 rokov života	môže sa vykázat' s výkonom 149 a 149d
160	po dovŕšení 18. roku života raz za dva roky, u darcov krvi raz za 12 mesiacov	základná preventívna prehliadka	vykazuje sa s kódom choroby Z000 alebo Z520 u darcov krvi podľa MKCH-10-SK-2013
950	akceptuje sa ako súčasť vyššie uvedených preventívnych prehliadok		môže sa vykázat' s výkonmi 145, 145a, 146, 146a, 146b, 146c
953	akceptuje sa ako súčasť vyššie uvedených preventívnych prehliadok		nemôže sa vykázat' s výkonom 1531
3671	v 11. a v 17. roku života, po dovŕšení 18 roku raz za dva roky, u darcov krvi raz za 12 mesiacov	preventívne zisťovanie cukru v krvi	môže sa vykázat' s výkonom 149 a 149d, vykazuje sa s kódom choroby Z001, vo veku od 19 rokov života sa vykazuje s kódom choroby Z000 alebo Z520 u darcov krvi podľa MKCH-10-SK-2013

c) nákladov na výkon očkovania u poistencov zdravotnej poisťovne

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	zdravotný výkon 252b v súvislosti s povinným očkovaním; vykazuje sa s kódmi chorôb Z001, podľa MKCH-10-SK-2013 (môže sa vykazovať s kombináciou výkonov 4 a 25 počas návštevy u poistenca),	0,0266	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
cena bodu	zdravotný výkon 252b v súvislosti s očkovaním proti chrípke; vykazuje sa s kódom choroby Z251 podľa MKCH-10-SK-2013	0,0482	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
cena bodu	zdravotný výkon 252b v súvislosti s očkovaním proti vírusovej hepatitíde typu A <sup>5</sup> ; vykazuje sa s kódom choroby Z205 podľa MKCH-10-SK-2013 (môže sa vykazovať s kombináciou výkonov 4 a 25 počas návštevy u poistenca),	0,0266	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný výkon
cena bodu	zdravotný výkon 252b v súvislosti s očkovaním proti vírusovej hepatitíde typu A + B (vykazuje sa s kódom choroby Z246 podľa MKCH-10-SK-2013, môže sa vykazovať s kombináciou výkonov 4 a 25 počas návštevy u poistenca); môže byť poskytnutý len poistencovi, ktorý nebol očkovaný proti vírusovej hepatitíde typu A alebo B	0,0266	súčin ceny bodu a bodovej hodnoty uvedenej v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný výkon
cena bodu	zdravotný výkon 252b v súvislosti s očkovaním proti meningokokovej meningitíde <sup>5</sup> ; vykazuje sa s kódom choroby Z208 podľa MKCH-10-SK-2013 (môže sa vykazovať s kombináciou výkonov 4 a 25 počas návštevy u poistenca),	0,0266	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný výkon
cena bodu	zdravotný výkon 252b v súvislosti s očkovaním proti varicelle; vykazuje sa s kódom choroby Z268 podľa MKCH-10-SK-2013 (môže sa vykazovať s kombináciou výkonov 4 a 25 počas návštevy u poistenca)	0,0266	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný výkon
cena bodu	zdravotný výkon 252a v súvislosti s očkovaním	0,0266	súčin ceny bodu a počtu bodov

<sup>5</sup> § 12 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

	proti rotavírusom; vykazuje sa s kódom choroby Z268 podľa MKCH-10-SK-2013 (môže sa vykazovať s kombináciou výkonov 4 a 25 počas návštevy u poistenca,		uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný výkon
<b>cena bodu</b>	zdravotný výkon 252b v súvislosti s očkovaním proti kliešťovej encefalitíde; vykazuje sa s kódom choroby Z241 podľa MKCH-10-SK-2013 (môže sa vykazovať s kombináciou výkonov 4 a 25 počas návštevy u poistenca)	<b>0,0266</b>	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný výkon
<b>cena bodu</b>	zdravotný výkon 252b v súvislosti s očkovaním proti HPV u poisteniek v 13. roku života až do dovŕšenia 16 roku života; vykazuje sa s kódom Z258 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>0,0266</b>	v dobe od 1.1.2013 do 31.12.2013

d) nákladov za vykonané zdravotné výkony č.: 4, 5, 6, 25, 26, 29, 30, 40, 41, 67 a 140 podľa podmienok uvedených v tabuľke nižšie. S uvedenými výkonmi v rámci návštevy poistenca je možné vykazovať aj zdravotné výkony č.: 250a, 250b, 250c, 252, 253, 261, 271, 272, 276, 299a, 299b, 320, 321, 323, 332, 1275, 2000, 2003, 2011, 2011a podľa zoznamu výkonov, pokiaľ ich neposkytuje iný poskytovateľ poskytujúci ambulantnú starostlivosť. Podmienkou úhrady týchto výkonov je, že neodkladná zdravotná starostlivosť nebude v rovnakom čase v jeden deň vykázaná zdravotnej poisťovni lekárskou službou prvej pomoci

Kód výkonu	Poznámka
4	Štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému. Môže sa vykázať pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostať do ambulancie poskytovateľa, najmä v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca, u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie a pod. Vykazuje sa s výkonom 25 alebo s výkonom 26. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca. Môže sa vykázať pri povinnom očkovaní a pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A, meningokokovej meningitíde, varicelle, rotavírusom a kliešťovej encefalitíde. Vykazuje sa s výkonom 25, s výkonom 252b a s kódom choroby podľa MKCH-10-SK-2013. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.
5	Štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému cez deň v sobotu, v nedeľu a v deň pracovného pokoja. Môže sa vykázať pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostať do ambulancie lekára, najmä v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca, u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie a pod. Môže sa vykázať s výkonom 26 a s výkonom 30. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.
6	Štandardné vyšetrenie jedného orgánového systému medzi 19.00 hod. a 7.00 hod. Môže sa vykázať pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostať do ambulancie lekára, najmä v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca, u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie a pod. Môže sa vykázať s výkonom 26, 29 a s výkonom 30. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.
25	Návšteva poistenca v pracovnom čase poskytovateľa. Môže sa vykázať pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostať do ambulancie lekára, v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca, u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie. Vyžaduje sa časový údaj a záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca. Môže sa vykazovať s výkonmi preventívnych prehliadok u poistenca, ktorý sa nemôže dostať do ambulancie lekára z dôvodu imobility alebo z dôvodu iného závažného dlhodobého zdravotného postihnutia. V prípade preventívnej prehliadky sa vykazuje s výkonom preventívnej prehliadky. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca. Môže sa vykázať pri povinnom očkovaní a pri očkovaní proti vírusovej hepatitíde typu A, meningokokovej meningitíde, varicelle, rotavírusom a kliešťovej encefalitíde. Vykazuje sa s výkonom 4, s výkonom 252b a s kódom choroby podľa MKCH-10-SK-2013. Vyžaduje sa záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.
26	Návšteva poistenca mimo riadneho pracovného času poskytovateľa. Vykazuje sa pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostať do ambulancie lekára, v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca a u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie. Vyžaduje sa časový údaj a záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.
29	Návšteva poistenca v noci vyžiadaná a vykonaná medzi 22.00 a 7.00 hodinou. Vykazuje sa pri návšteve poistenca, ktorý sa nemôže dostať do ambulancie lekára, v súvislosti s potrebou poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti u imobilného poistenca a u poistenca s podozrením na vysoko infekčné ochorenie. Vyžaduje sa časový údaj o vyžiadaní a vykonaní návštevy a záznam v zdravotnej dokumentácii poistenca.
30	Príplatok k výkonu 26 a 29 za vyžiadanú a vykonanú návštevu v sobotu, nedeľu a v deň pracovného pokoja.
40	Zotrvanie lekára pri poistencovi mimo ambulancie cez deň (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.

41	Zotrúvanie lekára pri poistencovi mimo ambulancie v noci medzi 20.00 a 7.00 hodinou (za každú začatú polhodinu), najmä v súvislosti s potrebou jeho zotrúvania do príchodu záchranej zdravotnej služby zabezpečujúcej prevoz poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, vyžaduje sa odôvodnenie v zdravotnej dokumentácii poistenca.
67	Príplatok u dieťaťa do veku piatich rokov pri výkonoch – odber krvi, injekcie, infúzie, infiltrácie, odobratie sterov, pri výkone očkovania. Môže sa vykazať s výkonom 25, 26 alebo 29.
140	Prvé vyšetrenie novorodenca po pôrode. Môže sa vykazovať pri ambulantnom pôrode. Môže sa vykazať s výkonom 25.

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	zdravotné výkony uvedené v písm. e) (okrem výkonov s kódom 25, 26 a 29) vykonané počas návštevy poistenca pri splnení podmienok podľa vyššie uvedenej tabuľky	0,0150	súčin ceny bodu a bodovej hodnoty uvedenej v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
cena bodu	zdravotné výkony s kódom 25, 26 a 29 pri splnení podmienok podľa vyššie uvedenej tabuľky	0,0237	súčin ceny bodu a bodovej hodnoty uvedenej v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

e) nákladov na výkony spoločných a vyšetrovacích zložiek (ďalej len „SVLZ“)

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	výkon 4571a C - reaktívny proteín, ak ho poskytovateľ sám urobil a vyhodnotil (380 bodov)	0,0116	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
cena bodu	výkon SVLZ (iný ako prístrojový) v prípade poskytnutia neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi zdravotnej poisťovne	0,0073	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

4. Náklady na zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi zdravotnej poisťovne sa uhrádzajú takto:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	zdravotné výkony pri poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi zdravotnej poisťovne	0,0150	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v zozname výkonov za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

SVLZ výkony sa uhrádzajú podľa bodu 3 písm. e) tejto časti prílohy.

### III. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť

1. Poskytovateľ a zdravotná poisťovňa sa dohodli, že zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

- zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci, pod názvom „Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty“ (ďalej len „zoznam výkonov“),
- rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa písmena a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bodoch 2 a 3 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované zdravotné výkony vykázané zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovňou uznané,
- zdravotný výkon, ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu, môže zdravotná poisťovňa uhradiť poskytovateľovi len s predchádzajúcim písomným súhlasom a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím,

d) do rozsahu podľa písmena b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky uvedené v Zozname kategorizovaných liekov, uverejňovanom Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky na svojom webovom označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS a transfúzne lieky.

2. Úhrada zdravotných výkonov špecializovanej zdravotnej starostlivosti

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
<b>cena bodu</b>	zdravotné výkony pri poskytnutí špecializovanej zdravotnej starostlivosti okrem výkonov ústavnej pohotovostnej služby a centrálneho príjmu	<b>0,0193</b>
<b>cena bodu</b>	zdravotné výkony pri poskytnutí špecializovanej zdravotnej starostlivosti ústavnej pohotovostnej služby a centrálneho príjmu	<b>0,0237</b>

3. Osobitne sa uhrádzajú náklady za výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“)

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €
<b>cena bodu</b>	výkon SVLZ	<b>0,0073</b>
<b>cena bodu</b>	výkon SVLZ prístrojový *	<b>0,0073</b>

\* výkon SVLZ prístrojový sa uhrádza u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vykonávanie a vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj a prístroj má platný certifikát (vyhlásenie o zhode) a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

**A. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo**

Zdravotné výkony poskytované zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 3 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0350 €** uhrádzajú náklady za zdravotné výkony preventívnej prehliadky – skríning rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov poskytovateľovi zaradenému do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu\* účinného od 1.1.2012, podľa nižšie uvedenej tabuľky:

Kód výkonu	Obsah zdravotného výkonu a preventívnych vyšetrení	Vek / frekvencia	Vykazovanie / výsledok	Počet bodov / vyšetrenie
<b>760sp</b>	Parciálna skrínigová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <u>pozitívneho</u> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>1 350</b>
<b>760sn</b>	Parciálna skrínigová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <u>negatívneho</u> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>1 350</b>
<b>760pp</b>	Parciálna primárna skrínigová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <u>pozitívneho</u> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>1 350</b>
<b>760pn</b>	Parciálna primárna skrínigová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <u>negatívneho</u> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>1 350</b>
<b>763sp</b>	Totálna skrínigová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <u>pozitívneho</u> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>2 369</b>
<b>763sn</b>	Totálna skrínigová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <u>negatívneho</u> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>2 369</b>
<b>763pp</b>	Totálna primárna skrínigová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <u>pozitívneho</u> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>2 369</b>
<b>763pn</b>	Totálna primárna skrínigová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <u>negatívneho</u> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	<b>2 369</b>

\*Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na [www.health.gov.sk](http://www.health.gov.sk).

### B. Špecializovaná ambulatná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore chirurgia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore chirurgia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 3 časti Špecializovaná ambulatná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0350 €** uhrádzajú náklady za zdravotné výkony preventívnej prehliadky – skrining rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov poskytovateľovi **zaradenému** do programu skriningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skriningu kolorektálneho karcinómu\* účinného od 1.1.2012, podľa nižšie uvedenej tabuľky:

Kód výkonu	Obsah zdravotného výkonu a preventívnych vyšetrení	Vek / frekvencia	Vykazovanie / výsledok	Počet bodov / vyšetrenie
760sp	Parciálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	1 350
760sn	Parciálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	1 350
760pp	Parciálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	1 350
760pn	Parciálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	1 350
763sp	Totálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	2 369
763sn	Totálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	2 369
763pp	Totálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	2 369
763pn	Totálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	2 369

\*Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skriningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na [www.health.gov.sk](http://www.health.gov.sk).

### C. Špecializovaná ambulatná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore urológia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore urológia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 3 časti Špecializovaná ambulatná starostlivosť.

a) Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0350 €** uhrádzajú náklady za zdravotný výkon preventívnej prehliadky – vyšetrenie na včasné rozpoznanie ochorenia na rakovinu u muža vrátane rád podľa nižšie uvedenej tabuľky:

Kód výkonu	Obsah zdravotného výkonu a preventívnych vyšetrení	Vek / frekvencia	Vykazovanie
158	vyšetrenie na včasné rozpoznanie ochorenia na rakovinu u muža vrátane rád	poistencom od 40. roku veku / raz za dva roky alebo za podmienok a vo frekvencii v zmysle zákona 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov	vykazuje sa s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013, môže sa vykázat s výkonom 5302

b) Osobitne sa uhrádzajú jednorazové zdravotnícke pomôcky (ďalej len „JZP“) použité pri poskytnutí uvedených zdravotných výkonoch v nadobúdajúcej cene, najviac však v uvedenej maximálnej cene

Kód výkonu	Kód JZP	Označenie JZP	Úhrada JZS v €	Poznámka
5153a	160005	punkčná ihla	66,00	
1795, 5158b, 1822	160006	SET -epicystostomický, nefrostomický, cystostomický	199,00	
1791, 1792, 1793, 1794	160009	cievka	51,00	

5158a	160007	stent	1992,00	ZP*
5158	160008	double pigtail	17,00	
1722, 1723	160010	permanentný katéter (na 3 – 6 mesiacov)	17,00	

ZP\* – vyžaduje sa schválenie zdravotnou poisťovňou

- zdravotná poisťovňa uhradí náklady na JZP uvedené vyššie len za toho poistenca, ktorý je v čase ich poskytnutia jej poistencom,
- podmienkou úhrady JZP s označením „ZP“ je predchádzajúci písomný súhlas zdravotnej poisťovne; v prípade, že ide o poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ žiada o súhlas zdravotnú poisťovňu dodatočne, najneskôr však v prvý pracovný deň po poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti,
- súhlas zdravotnej poisťovne na úhradu JZP je platný jeden rok; po uplynutí tohto súhlasu poskytovateľ požiada písomne zdravotnú poisťovňu o nový súhlas,
- pri JZP schválenej zdravotnou poisťovňou prikladá poskytovateľ k faktúre kópiu nadobúdacieho dokladu JZP a výpis zo zdravotnej dokumentácie poistenca týkajúci sa poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

#### D. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gastroenterológia

Zdravotné výkony poskytované zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gastroenterológia sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 3 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

a) Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0350 €** uhrádzajú náklady za zdravotné výkony preventívnej prehliadky – skrining rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov poskytovateľovi **zaradenému** do programu skriningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skriningu kolorektálneho karcinómu\* účinného od 1.1.2012, podľa nižšie uvedenej tabuľky:

Kód výkonu	Obsah zdravotného výkonu a preventívnych vyšetrení	Vek / frekvencia	Vykazovanie / výsledok	Počet bodov / vyšetrenie
760sp	Parciálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	1 350
760sn	Parciálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013 v prípade <b>negatívneho</b> nálezu	1 350
760pp	Parciálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	1 350
760pn	Parciálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	1 350
763sp	Totálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	2 369
763sn	Totálna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	2 369
763pp	Totálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>pozitívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	2 369
763pn	Totálna primárna skriningová kolonoskopia	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	vykazuje sa v prípade <b>negatívneho</b> nálezu s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013	2 369

b) Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0350 €** uhrádzajú náklady za zdravotné výkony preventívnej prehliadky – skrining rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov poskytovateľovi **nezaradenému** do programu skriningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skriningu kolorektálneho karcinómu\* zo dňa 1. septembra 2011, podľa nižšie uvedenej tabuľky:

Kód výkonu	Vek / frekvencia	Poznámka / Vykazovanie	Počet bodov / vyšetrenie
763p	vo veku nad 50 rokov raz za 10 rokov, u osôb so zvýšeným rizikom ochorenia na rakovinu	vykonanie preventívnej prehliadky konečníka a hrubého čreva	2 369

hrubého čreva a konečníka bez vekového obmedzenia, pri negativite pri prvej kolonoskopickej prehliadke raz za 5 rokov	kolonoskopom; vykazuje sa s kódom choroby Z019 podľa MKCH-10-SK-2013
---	--

\*Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na [www.health.gov.sk](http://www.health.gov.sk).

#### E. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore oftalmológia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore oftalmológia sa uhrádzajú podľa nižšie uvedenej tabuľky:

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	za zdravotné výkony pri poskytnutí špecializovanej zdravotnej starostlivosti, okrem zdravotných výkonov 1226, 1227, 1240, 1246 a 1256	0,0193	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., pod názvom „Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty“ (ďalej len „zoznam výkonov“), za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
cena bodu	za zdravotné výkony 1226, 1227, 1240, 1246, 1256 pri poskytnutí špecializovanej zdravotnej starostlivosti	0,0200	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., pod názvom „Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty“ (ďalej len „zoznam výkonov“), za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

Osobitne sa uhrádzajú náklady za výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“)

Spôsob úhrady	Špecifikácia podmienok úhrady	Výška úhrady v €	Dohodnutý rozsah úhrady
cena bodu	výkon SVLZ	0,0073	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., pod názvom „Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty“ (ďalej len „zoznam výkonov“), za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon
cena bodu	výkon SVLZ prístrojový *	0,0073	súčin ceny bodu a počtu bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., pod názvom „Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty“ (ďalej len „zoznam výkonov“), za každý medicínsky indikovaný, správne vykázaný a uznaný zdravotný výkon

\* výkon SVLZ prístrojový sa uhrádza u poskytovateľa, ktorý spĺňa odborné predpoklady na vykonávanie a vyhodnocovanie príslušných vyšetrení (špecializácia alebo certifikát), vlastní alebo má prenajatý príslušný prístroj a prístroj má platný certifikát (vyhlásenie o zhode) a zdravotná poisťovňa súhlasila s uhrádzaním výkonov uvedených v prílohe k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

#### IV. Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

- Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú počtom bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z., o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci, pod názvom Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty (ďalej len „Zoznam výkonov“).
- Zdravotný výkon, ktorý nie je uvedený v Zozname výkonov (nemá určenú bodovú hodnotu) zdravotná poisťovňa môže uhradiť poskytovateľovi len s predchádzajúcim písomným súhlasom zdravotnej poisťovne a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím.
- Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVLZ“), s výnimkou špecializačných odborov uvedených v častiach A), B) alebo C) tejto časti prílohy, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške **0,007303 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony.
- Do finančného rozsahu sa nezapočítavajú náklady na lieky uvedené v Zozname kategorizovaných liekov, uverejňovanom Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky na svojom webovom sídle, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom A a AS, ani náklady na ďalšie pripočítateľné položky k zdravotným výkonom vykázané v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.



#### A) Laboratórne vyšetrovacie metódy

- Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny
  - vybrané zdravotné výkony Zoznamu výkonov vykazuje pod novými kódmi a za podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu výkonov podobných vyšetrení“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne, [www.union.sk](http://www.union.sk),
  - zdravotné výkony podľa Zoznamu výkonov vykazuje pri rešpektovaní podmienok uvedených v dokumente „Usmernenie k vykazovaniu laboratórných výkonov“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne, [www.union.sk](http://www.union.sk),
  - pri vyšetrení onkomarkerov vykazuje len laboratórne zdravotné výkony, ktoré boli indikované za podmienok uvedených v dokumente „Onkomarkery“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne, [www.union.sk](http://www.union.sk),
- Dokumenty podľa bodu 1 tejto časti prílohy zverejnené na webovej stránke zdravotnej poisťovne, [www.union.sk](http://www.union.sk) tvoria neoddeliteľnú súčasť tejto prílohy. V prípade ich zmeny zdravotná poisťovňa informuje poskytovateľa 21 dní pred plánovými dňom účinnosti takejto zmeny.
- Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí od 0,005643 € do 0,006971 € za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony; výška ceny bodu závisí od splnenia motivačných kritérií uvedených nižšie:
  - základná cena bodu 0,005643 € (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality) sa navýši o 0,000332 € za splnenia každého z nasledovných motivačných kritérií (ďalej aj „MK“)

Motivačné kritérium	Zmluvná cena bodu v € na základe splnenia MK
ordinačné hodiny - nepretržitá prevádzka a/alebo vykonávanie manuálne náročných zdravotných výkonov	0,006639
laboratórny informačný systém	
akreditácia	

- Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore patologická anatómia vykazuje výkony súvisiace s histologickou diagnostikou pri rešpektovaní podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu. Maximálny počet je viazaný na materiál odobratý a vyšetrený počas jedného zákroku na jedného pacienta.

Kód	max počet	poznámka
<b>BIOPSIA, IMUNOHISTOCHÉMIA, IMUNOFLUORESCENCIA, ENZYMOVÁ HISTOCHÉMIA</b>		
4900	10x	v prípade vykázaní viac ako 10x doloženie kópie kompletného histologického výsledku
4902	10x	v prípade vykázaní viac ako 10x doloženie kópie kompletného histologického výsledku
4919		vykazuje sa spolu s kódom 4900 alebo 4902; identické počty s kódom 4900 alebo 4902
4920		vykazuje sa spolu s kódom 4902; identické počty s kódom 4902
4907	8x	špeciálne histochemické metódy na dôkaz glycidov, bielkovín, lipidov
4905	8x	špeciálne histochemické metódy
4914 - 4917	10x	enzymová histochemia – počet v závislosti od vyšetřovaného materiálu
4921	5x	príplatok-dekalcifikácia
4922 - 4923	8x	imunofluorescenčné vyšetřenie
4931	1x	úhrada je podmienená dokladom o vykonanom konzultačnom vyšetření
4957	1x	úhrada je podmienená dokladom o vykonanom konzultačnom vyšetření, nutné uviesť dg
3510	x	nehrazené
3517	x	nehrazené
3512	1x	hlásenie peroperačnej biopsie a/alebo konzultácie s klinikmi
3518	1x	1x za deň na jedno laboratórne pracovisko
3621	1x	1x na jedného pacienta
3622	1x	1x na jedného pacienta
3601	1x	1x na jedného pacienta
<b>IMUNOHISTOCHÉMIA</b>		
4919b	10x	v prípade vykázaní viac ako 10x doloženie kópie kompletného histologického výsledku
4926	10x	v prípade vykázaní viac ako 10x doloženie kópie kompletného histologického výsledku
4918		vykazuje sa spolu s kódmi 4919b a 4926; počet musí byť identický s počtom kódov 4919b a 4926
<b>PEROPERAČNÁ BIOPSIA</b>		
4906	5x	v prípade vykázaní viac ako 5x doloženie kópie kompletného histologického výsledku

4919		vykazuje sa spolu s kódom 4906; identické počty s kódom 4906
3512	1x	vykazuje sa spolu s kódmi 4906 a 4919; 1x ku kódom 4906 a 4919

5. Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore patologická anatómia vykazuje zdravotné výkony súvisiace s cytologickým vyšetrením cervikálneho steru výlučne kódmi a za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu:

Kód výkonu	Názov výkonu	Počet bodov	Podmienky vykazovania
9 980	Skríningové cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby podľa MKCH 10 -SK-2013 - Z014, Z124, N72, N86, N870, N871, N872, N879, N889, C530, C531, C538, C539, C541, C55, C809, D069. Maximálne 1 x za rok na 1 rodné číslo.
9980a	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /vek poistenky do 23 rokov a nad 64 rokov/	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby podľa MKCH 10 -SK-2013 - Z014, Z124, N72, N,86, N870, N871, N872, N879, N889, C530, C531, C538, C539, C541, C55, C809, D069. Maximálne 2 x za rok na 1 rodné číslo.
9980b	Cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby podľa MKCH 10 -SK-2013 - N72, N,86, N870, N871, N872, N879, N889, C530, C531, C538, C539, C541, C55, C809, D069. Maximálne 2 x za rok na 1 rodné číslo.
<p>Pozn.: Kódy choroby sú priradené ku kódu výkonu podľa výsledku cytologického vyšetrenia nasledovne:  negatívny nález: kódy choroby podľa MKCH 10 -SK-2013: Z014; Z124  pozitívny nález: kódy choroby podľa MKCH 10 -SK-2013 adekvátne výsledku cytologického vyšetrenia:  N879 - ASC- US, AGC - NOS ; N 870 – LSIL; N871 a N 872 – HSIL, AGC - FN; C530; C531; C538 ; C539 ; C541; C55; C809; D069.  Vykazovaná je konečná diagnóza, ktorú stanoví lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore patologická anatómia. Výkony s kódmi 9980a a 9980b sa vykazujú s kódmi choroby podľa MKCH 10 -SK-2013, ktoré sú adekvátne aktuálnemu výsledku cytologického vyšetrenia.</p>			

6. Revíznym lekárom zdravotnej poisťovne týmto udeľuje predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov s úhradou výkonov uvedených v bode 1 písm. a) a v bode 5 v zmluvne dohodnutej cene za splnenia podmienky, že poskytovateľ nebude túto zdravotnú starostlivosť účtovať poistencovi, ktorému bol výkon poskytnutý. Tento súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne je záväzný od nadobudnutia účinnosti zmluvy a platí po dobu platnosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom. Zdravotná poisťovňa si vyhradzuje tento súhlas kedykoľvek odvolať aj pred uplynutím uvedenej doby, a to písomným odvolaním súhlasu revízneho lekára. Odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní.
7. Poskytovateľ je povinný predkladať zdravotnej poisťovni raz ročne v kópii výsledky externej kontroly kvality vo forme ako ich dostáva od spoločnosti, s ktorou má uzatvorenú zmluvu o vykonávaní externej kontroly kvality (doklad o zaradení do systému externej kontroly kvality a prehľad získaných certifikátov); táto povinnosť sa vzťahuje na poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v odboroch klinická biochémia, patologická anatómia, hematológia a transfuziológia, klinická mikrobiológia, klinická imunológia a alergológia, nukleárna medicína, lekárska genetika alebo laboratórna medicína.

#### B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

1. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí od 0,005145 € do 0,007303 € za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony. Výška ceny bodu závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska a od splnenia kritérií uvedených v tabuľke tohto bodu:

Zobrazovacia modalita	Kritérium	Cenové úrovne podľa splnenia kritérií v €	Zmluvná cena bodu v €
konvenčné rtg	-	0,007303	0,007303
ultrasonografia	-	0,007303	0,007303
mamografia	Poskytovateľ, ktorý poskytuje menej ako 3.000 vyšetrení za jeden rok	0,006971	0,007303
	Poskytovateľ, ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden rok	0,007303	
počítačová	CT prístroj do 16 MSCT	0,005809	0,005809

tomografia	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,006141	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,006141	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,006307	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,006307	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,006473	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - kĺbov	0,005145	x
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,005477	
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,005809	
	MR prístroj od 1,5 T vyššie	0,006141	

- Do finančného rozsahu podľa predchádzajúceho bodu sa nezapočítavajú náklady na pripočítateľné položky k zdravotným výkonom - jednorazové zdravotnícke pomôcky. Zoznam jednorazových zdravotníckych pomôcok, ktoré je poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia oprávnený vykazovať zdravotnej poisťovni k úhrade spolu s podmienkami ich vykazovania, je zverejnený a priebežne aktualizovaný na webovej stránke zdravotnej poisťovne [www.union.sk](http://www.union.sk) v dokumente pod názvom „Jednorazové zdravotnícke pomôcky v rádiológii“; tento dokument tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto časti prílohy. Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia je na vyžiadanie zdravotnej poisťovne povinný predložiť fotokópiu nadobúdacieho dokladu vykazanej jednorazovej zdravotníckej pomôcky.
- Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia vykáže k úhrade zdravotnej poisťovni použitý filmový materiál k poskytnutému zdravotnému výkonu s označením podľa formátu použitého filmového materiálu (FOTO1 – FOTO18) v nákupnej cene, najviac však v maximálnej cene uvedenej v tabuľke tohto bodu:

Označenie filmu	Formát	Max. cena v €	Označenie PACS	Max. cena v €
FOTO01	3 x 4	0,33	PACS01	0,33
FOTO02	15 x 30	0,50	PACS02	0,50
FOTO03	18 x 24	0,40	PACS03	0,40
FOTO04	24 x 30	0,66	PACS04	0,66
FOTO05	35 x 35	1,49	PACS05	1,49
FOTO06	30 x 40	1,16	PACS06	1,16
FOTO07	35 x 43	1,39	PACS07	1,39
FOTO08	24 x 30 pre mamografie	1,84	PACS08	1,84
FOTO09	18 x 24 pre mamografie	1,15	PACS09	1,15
FOTO10	A4	2,12	PACS10	2,12
FOTO11	14 x 17 inch laser	5,81	PACS11	5,81
FOTO12	8 x 10 inch laser	1,94	PACS12	1,94
FOTO13	A3	4,17	PACS13	4,17
FOTO14	13 x 18	0,33	PACS14	0,33
FOTO15	15 x 40	0,76	PACS15	0,76
FOTO16	5 x 7	0,27	PACS16	0,27
FOTO17	18 x 43	0,86	PACS17	0,86
FOTO18	20 x 40	0,93	PACS18	0,93

- V prípade, že poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ špecializačnom odbore rádiológia dokumentuje a archivuje poskytnuté vyšetrenia v systéme PACS (čo preukáže zdravotnej poisťovni dokumentmi podľa tabuľky technických požiadaviek na prevádzku PACS uvedenej v dokumente pod názvom „Technické požiadavky na prevádzku PACS“, zverejnenom na webovej stránke zdravotnej poisťovne [www.union.sk](http://www.union.sk); tento dokument tvorí neoddeliteľnú súčasť tejto časti prílohy), vykáže k úhrade zdravotnej poisťovni dokumentáciu a archiváciu poskytnutého zdravotného výkonu označením PACS1 – PACS18 v takom počte, ktoré zodpovedá počtu filmového materiálu, ktorý by bol použitý pri štandardnej dokumentácii a archivácii. Zdravotná poisťovňa uhradí za dokumentáciu a archiváciu poskytnutého zdravotného výkonu v systéme PACS pri zdravotných výkonoch s kódmi číslo 5000–5095 (vrátane) 100% cenu filmového materiálu a pri zdravotných výkonoch s kódmi č. 5101–5613 (vrátane) 80% ceny filmového materiálu, ktorý by bol použitý pri štandardnej dokumentácii a archivácii.

### C) Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia

- Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje

súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov okrem výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,007303 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané.

2. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa poskytovateľovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov u výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,010954 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializačnom odbore fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej poisťovni správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané.

#### **V. Finančný rozsah**

1. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **39.000,- €** na obdobie kalendárneho roka 2014 pre poskytovanie **ambulantnej zdravotnej starostlivosti**. Do tohto finančného objemu sa započítavajú náklady na všetky výkony poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti vrátane výkonov SVLZ uvedené v časti III tejto prílohy. Do finančného objemu sa nezapočítava úhrada za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v ambulancii ústavnej pohotovostnej služby a centrálného príjmu.
2. Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške **49.000,- €** na obdobie kalendárneho roka 2014 pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti **v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek**. Do tohto finančného objemu sa započítavajú náklady na všetky výkony poskytnutej zdravotnej starostlivosti uvedené v časti IV tejto prílohy.

**Príloha č. 2b**  
**k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Dohodnutá výška úhrady za poskytnutú ústavnú zdravotnú starostlivosť a finančný rozsah**

**I. Ústavná zdravotná starostlivosť**

1. Zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi v ústavnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom správne vykázaná a zdravotnou poisťovňou uznaná sa, s výnimkou osobitne hrađených výkonov uvedených ďalej v tejto prílohe, uhrádza nasledovne:

**cenou za ukončenú hospitalizáciu**

kód -	odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
001	vnútorné lekárstvo	561,-	-
196	JIS interná	561,-	
027	fyziatra, balneológia a liečebná rehabilitácia	489,-	-

2. Za ukončenú hospitalizáciu sa považuje pobyt poistenca na lôžku u poskytovateľa v trvaní dlhšom ako 24 hodín.
3. Za ukončenú hospitalizáciu sa považuje aj pobyt poistenca na lôžku oddelenia:
- anestéziológia a intenzívnej medicíny v trvaní kratšom ako 24 hodín
  - gynekológie a pôrodnictva v trvaní kratšom ako 24 hodín, ak rodička svojvoľne opustila v deň pôrodu zdravotnícke zariadenie
  - ktorejkoľvek odbornosti ak hospitalizácia nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca.
- Všetky takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou za obdobie ukončeného kalendárneho mesiaca a zdravotná poisťovňa ho poskytovateľovi uhradí vo výške 50 % z ceny za ukončenú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
- Pobyt poistenca zdravotnej poisťovne na lôžku v trvaní kratšom ako 24 hodín, ktorý nespĺňa podmienky uvedené v písmenách a) až c) tohto bodu poskytovateľ zdravotnej poisťovni vykazuje a účtuje ako výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti.
4. Cena za ukončenú hospitalizáciu zahŕňa všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému poistencovi poisťovne u poskytovateľa vrátane pobytu sprievodcu poistenca, okrem nákladov na:
- zdravotnícke pomôcky poskytované v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti uvedené ďalej v tejto prílohe
  - výkony finančne náročnej zdravotnej starostlivosti uvedené ďalej v tejto prílohe
  - transfúzne lieky, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko a iné zdravotné výkony, lieky a zdravotnícke pomôcky, pokiaľ to vyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva.
5. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi mimoriadne finančne náročnú zdravotnú starostlivosť, ak liečba predstavuje jedinú terapeutickú alternatívu a priame náklady na poistenca, t.z. náklady na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré poskytovateľ zdravotnej starostlivosti použil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (s výnimkou nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré sú zakalkulované v cene za ukončenú hospitalizáciu) prekročia dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu. Poskytovateľ predloží zdravotnej poisťovni po poskytnutí zdravotnej starostlivosti na schválenie individuálnu kalkuláciu ekonomicky oprávnených a preukázateľných nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky (aktuálne nadobúdacie doklady liekov a zdravotníckych pomôcok od veľkodistribútora). V prípade schválenia mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti, t.z. nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky, zdravotná poisťovňa uhradí tieto náklady určené nadobúdacou cenou liekov a zdravotníckych pomôcok a zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu poistenca na príslušnom oddelení. V prípade neschválenia tejto mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou, zdravotná poisťovňa uhradza len cenu za ukončenú hospitalizáciu poistenca na príslušnom oddelení.
6. Zdravotná poisťovňa pri preklade jej poistenca z jedného oddelenia na druhé oddelenie poskytovateľa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na každom oddelení len v medicínsky odôvodnených prípadoch; pri preklade sa deň ukončenia hospitalizácie na jednom oddelení rovná dňu začiatku hospitalizácie pobytu u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. V prípade, že je poistenec počas jedného oddobore, zdravotná poisťovňa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukončenú hospitalizáciu na oddelení v príslušnom špecializačnom odbore len raz.
7. Poskytovateľ môže odoslať poistenca na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi len v prípade, ak materiálno-technické alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť. Odoslanie poistenca na ďalšie poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti podrobne odôvodní v zdravotnej dokumentácii a v prepúšťacej správe, ktorá je podpísaná vedúcim oddelenia, na ktorom bol poistenec hospitalizovaný.
8. Poskytovateľ je oprávnený odmietnuť poistencovi zdravotnej poisťovne poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti iba v prípade ak:
- materiálno-technické alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poistencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť
  - poskytovateľ nedisponuje dostatočnou lôžkovou kapacitou pre poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti

- c) zdravotný stav poistenca poisťovne nevyžaduje pobyt poistenca na lôžku v trvaní dlhšom ako 24 hodín
9. Zdravotná poisťovňa neuhradí za svojho poistenca počas hospitalizácie výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti a výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v tom istom špecializačnom odbore, ako je špecializačný odbor oddelenia, na ktorom je poistenec hospitalizovaný ani výkony funkčnej diagnostiky prislúchajúce odbornosti lôžkového oddelenia.
  10. Ak je poistenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, zdravotná poisťovňa neuhradí cenu ukončenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázat v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
  11. V prípade hospitalizácie poistenca na jednotke intenzívnej starostlivosti, pokiaľ tejto zdravotnej starostlivosti predchádzala hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa alebo po hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti pokračuje hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa, patrí poskytovateľovi úhrada za hospitalizáciu na základnom oddelení poskytovateľa uvedená v bode 1 tejto časti prílohy. Pokiaľ bol poistenec hospitalizovaný len na jednotke intenzívnej starostlivosti, patrí poskytovateľovi úhrada pre príslušnú jednotku intenzívnej starostlivosti vo výške uvedenej v bode 1 tejto časti prílohy.
  12. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi hospitalizáciu na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade pobytu poistenca na lôžku supľujúceho starostlivosť jednotky intenzívnej starostlivosti vo výške 6% z ceny na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny. Takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou, ku ktorej pripája zoznam poistencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť vrátane ich rodných čísiel a fakturuje ich samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada OAIM“.
  13. Zdravotná poisťovňa nehradí poskytovateľovi pobyt na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade prijatia kontinuálne kardiopulmonálne a cerebrálne resuscitovaného poistenca, ktorý do hodiny od momentu prijatia zomrie; poskytovateľ v takomto prípade vykáže výkony poskytnuté počas resuscitácie spolu s pripočítateľnými položkami v dávkach ambulantnej starostlivosti.

## II. Osobitne hradené výkony

1. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť spočívajúcu vo výkonoch uvedených v tabuľke nižšie za podmienok ustanovených v tejto časti prílohy.

Kód výkonu	Názov výkonu	Povolená odbornosť	Výška úhrady v €	Podmienky vykazovania
H5560	Diagnosticko terapeutický výkon v ústavnej zdravotnej starostlivosti - ukončená hospitalizácia z dôvodu potreby pozorovania zdravotného stavu alebo plánovaného diagnostického vyšetrenia alebo jednorazového podania liekov poistencovi počas jeho hospitalizácie v trvaní od 24 hodín do 72 hodín na príslušnom oddelení	neoperačné odbornosti	350	

2. Úhrada za osobitne hradené výkony nie je podmienená pobytom na lôžku viac ako 24 hodín.
3. V cene osobitne hradeného výkonu sú zahrnuté všetky náklady spojené s jeho vykonaním, t.z. komplexné vyšetrenie poistenca lekárom realizujúcim výkon, poskytnutie výkonu podľa zdravotnej indikácie, použitie zdravotníckych pomôcok (ak nie je ďalej uvedené inak), kompletná anestéziologická starostlivosť (pred, počas i po operácii), v indikovaných prípadoch aj histológia (odoslanie odobratého biologického materiálu, záznam o výsledku v zdravotnej dokumentácii, manažment pacienta v prípade pozitivity nálezu), všetka zdravotná starostlivosť v pooperačnom období súvisiaca s výkonom, rady a poučenia poistenca pred jeho prepustením do domácej starostlivosti.
4. Poskytovateľ vykazuje osobitne hradené výkony:
  - a) ak zdravotná starostlivosť bola poskytnutá na lôžkovom oddelení, v dátovom rozhraní pre ústavnú starostlivosť ako pripočítateľnú položku k ukončenej hospitalizácii
  - b) ak zdravotná starostlivosť bola poskytnutá na ambulancii jednodňovej zdravotnej starostlivosti, v dátovom rozhraní pre ambulantnú starostlivosť.
5. Osobitne hradené výkony je možné preklasifikovať na úhradu za ukončenú hospitalizáciu na základe písomnej žiadosti poskytovateľa, ktorá je prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ak u poistenca vznikli komplikácie, ktoré vyžadujú pobyt na OAIM či JIS dlhší ako 24 hodín, alebo hospitalizáciu dlhšiu ako 96 hodín, kde je zároveň poskytovaná liečba, ktorá vyžaduje podanie liekov v celkovej sume viac ako 50% z ceny úhrady za osobitne hradený výkon.
6. V prípade ak poskytovateľ vykáže k úhrade pri jednom operačnom zákroku viac ako jeden osobitne hradený výkon, zdravotná poisťovňa takéto vykázanie posúdi a v prípade akceptovania uhradí v cene ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení.

## III. Finančný rozsah

Zmluvné strany sa dohodli na finančnom objeme vo výške 34.400,- € na obdobie kalendárneho roka 2014 pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti uvedenej v časti I a II tejto prílohy, vrátane zdravotnej starostlivosti dohodnutej podľa §8 ods. 3 Vyhlášky MZ SR č. 412/2009 Z.z. v platnom znení.

**Príloha č. 3**  
**k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

**Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony SVLZ**

Zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony SVLZ poskytované v rámci ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktoré je poskytovateľ oprávnený vykonávať vzhľadom na dosiahnutú špecializáciu, resp. certifikovanú pracovnú činnosť prístrojovým vybavením nad rámec stanoveného minimálneho materiálo-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia.

Kód odbornosti	Schválené výkony (vyplní Union zdravotná poisťovňa, a.s.)
----------------	---